

28
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DESProporcion Cefalo - PELVICA EN POSQUIRURGICO

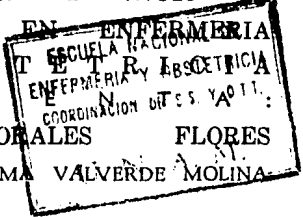
ESTUDIO CLINICO EN EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

Y OBSTETRICIA

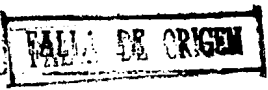
PRESENTA OLGA MORALES FLORES

ASESOR: LIC. IRMA VALVERDE MOLINA



MEXICO, D. F.

1990





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

-	<u>INTRODUCCION</u>	
-	<u>OBJETIVOS</u>	
-	<u>METODOLOGIA</u>	
-	<u>UNIVERSO DE TRABAJO</u>	
I.-	<u>MARCO TEORICO</u>	
	Anatomía y Fisiología	1
	Fisiopatología	33
	Aspecto Socioeconómico y Cultural	39
	Aspecto Psicológico	41
II.-	<u>HISTORIA NATURAL DE DESPROPORCION</u>	
	Cefalo-Pélvica	43
	Niveles de Prevención	51
III.-	<u>HISTORIA CLINICA</u>	57
IV.-	<u>PLAN DE ATENCION</u>	63
V.-	<u>CONCLUSION</u>	89
VI.-	<u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	91
VI.-	<u>SIGLAS MAS UTILIZADAS</u>	96

VIII.- BIBLIOGRACIA

..... 97

INTRODUCCION

En un ser vivo todo parece dispuesto hacia un único objetivo: La reproducción, principal propiedad de los seres vivientes mediante la cual buscan la perpetuación de su propia especie en el tiempo a través de las generaciones.

En la especie humana la reproducción dentro de la sexualidad desempeña un papel muy importante en el desarrollo de la mujer y el hombre.

Sin embargo existen pocas cuestiones tan ignoradas y deformadas como las que rigen en torno a la sexualidad y al nacimiento de un niño.

" A que se debe de que un hecho biológico como el parto desarrollado en condiciones naturales en sociedades primitivas, se haya convertido paralelamente al desarrollo de la sociedad en algo complicado que roza la patología y se asemeja a una intervención quirúrgica"
(1).

Cuando las sociedades dejan de ser primitivas se producen tres modificaciones que inciden sobre el parto.

La primera modificación es la anatómica, el abandono del medio y la nutrición natural fueron creando condiciones higiénicas y nutritivas menos favorables, la pelvis femenina que era circular se aplasto y adopto una forma elíptica menos favorable para el mecanismo del parto.

(1) Salvat Manuel et.al El Nacimiento de un Niño Pp. 144

La segunda modificación ligada al proceso civilizador y que afecta el acto de parir, es el sedentarismo y hacinamiento por falta de higiene, con esto la mujer pierde agilidad y la fuerza con perjuicio para el parto natural y a la vez favorece la infección, con todo ello aumentan los partos difíciles y las consecuencias funestas de los mismos con lo que se añade el tercer factor que es el miedo al parto y por motivaciones psicológicas aumenta el sufrimiento y la dificultad y por ende el temor.

También pueden influir en el desarrollo del embarazo y el trabajo de parto hechos psicológicos derivados de una clase social a la que la mujer pertenece.

En el presente trabajo se seleccionó una paciente del servicio de hospitalización del hospital general de Cuautitlán " General José Vicente Villada " en el Estado de México. Se le realizó la historia clínica de enfermería, se planearon se proporcionaron los cuidados específicos de enfermería a la paciente con Desproporción Cefalopélvica.

OBJETIVOS GENERALES

- 0.1 Realizar un proceso de atención de enfermería y cubrir el requisito para titulación.
- 0.2 Investigar documentalmente el tema de " Desproporción Cefalo-Pélvica " el cual cada vez tiene mayor trascendencia.
- 0.3 Obtener los conocimientos indispensables para el cuidado de pacientes con desproporción cefalo-pélvica.
- 0.4 Identificar ampliamente una desproporción cefalo-pélvica en pacientes obstétricas.
- 0.5 Adquirir la destreza para valorar una pelvis útil para el trabajo de parto normal.
- 0.6 Canalizar inmediatamente las pacientes con DCP antes de que haya sufrimiento fetal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 0.1 Identificar los cambios anatomofisiológicos del puerperio quirúrgico.
- 0.2 Identificar algunos factores que alteren el embarazo y que puedan ser obstáculo para que el parto no sea eutócico.
- 0.3 Analizar algunos tratamientos quirúrgicos que se les practican a las pacientes que no pueden tener un parto eutócico.
- 0.4 Describir los cambios anatomofisiológicos del puerperio quirúrgico.
- 0.5 Establecer las medidas preventivas que puedan disminuir el índice de las cesáreas.

M E T O D O L O G I A .

- Primero se seleccionó a la paciente (de la cual se realizará el proceso de atención de enfermería).
- Se recopilarán todos los datos personales de la paciente que se consideran sean útiles para la realización del proceso de atención de enfermería.
- Se buscó bibliografía para desarrollar el tema.
- Se revisó ampliamente la bibliografía encontrada.
- Sobre la marcha del desarrollo del proceso se solicitó asesoría sobre los cuidados necesarios a la paciente con DCP.
- Se recopiló toda la información aprobada por el asesor para mecanografiarla.
- Se presentó el trabajo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Servicio de hospitalización, y de recuperación
del Hospital General " José Vicente Villada "
de Cuautitlán de Romero Rubio, Estado de México.

ANATOMIA Y FISILOGIA

GENITALES FEMENINOS:

Para facilitar el estudio del aparato genital femenino, éste se divide en órganos genitales externos y órganos genitales internos.

Los órganos genitales externos son:

- 1.- Monte de Venus
- 2.- Labios mayores
- 3.- Labios menores
- 4.- Clítoris
- 5.- Vestíbulo
- 6.- Meato urinario
- 7.- Glándulas de Bartholín
- 8.- Glándulas de Skene
- 9.- Himen
- 10.- Horquilla
- 11.- Periné

El término vulva se utiliza para designar a todo el conjunto de órganos genitales externos de la mujer.

Monte de Venus:

Es una prominencia localizada por delante de la sínfisis del pubis, formada por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada que en la pubertad se cubre de vello formando un triángulo de base superior.

Labios mayores:

Constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta, que parten del monte de venus en forma de pliegues redondos, que se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné; están constituidos por tejido celular tejido conectivo y parte del ligamento redondo están recubiertos por piel resistente y pigmentada poseen glándulas sebáceas y vello.

Labios menores:

Son dos pliegues de piel pequeños y delgados, sin vello, situados entre los labios mayores y el introito; al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal; se unen en su parte anterior y posterior, la unión anterior da lugar al frenillo del clítoris y al prepucio. Estas formaciones se atrofian durante la menopausia, debido a la disminución hormonal.

Clítoris:

Organo homólogo del pene mide de 1 a 2 centímetros de longitud situado en la parte superior del introito, por encima del meato urinario; está constituido por tejido eréctil (cuerpos cavernosos) que se fija al periostio del pubis. Está provisto de una rica red venosa y sensitiva (nervio pudendo). Es asiento de las sensaciones placenteras durante el acto sexual.

Vestíbulo:

Espacio comprendido entre los dos labios menores, contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares, se encuentra cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

Glándulas de Bartholín:

Son dos y se ubican en los labios menores y en la pared vaginal y desemboca en el introito. Con su mucosidad lubrica la vulva y la parte externa de la vagina.

Glándulas de Skene:

Son dos y se encuentra una a cada lado de la parte posterolateral del meato uretral, producen moco que lubrica el vestíbulo, éstas glándulas se infectan con relativa frecuencia.

Himen:

Membrana anular que cubre parcialmente la entrada a la vagina; está formado por dos capas de tejido fibroso, sus restos se designan carúnculas mirtiformes tiene importancia en la medicina legal.

Horquilla vulvar:

Así se llama al lugar donde se unen los labios mayores con los menores en su parte posterior.

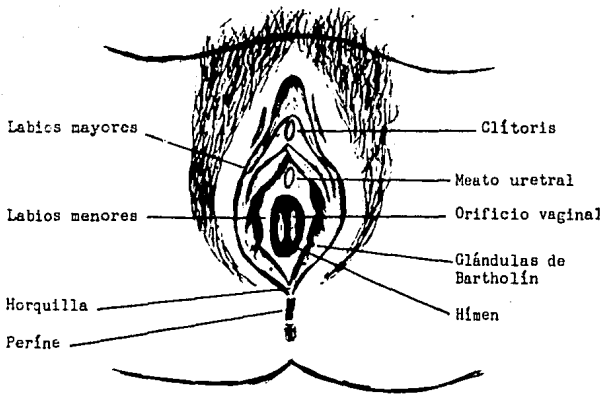
Periné:

Región comprendida entre la horquilla y el ano; está constituido por músculos transversos del periné y bulbos cavernosos. (1)

(1) Mondragón C. Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada Pp. 12-14

GENITALES EXTERNOS
FEMENINOS

Monte de Venus



Los órganos genitales internos son:

- 1.- Vagina
- 2.- Utero
 - a) Cérvix
 - b) Istmo
 - c) Cuerpo
- 3.- Trompas de Falopio
 - a) Porción intersticial
 - b) Porción ístmica
 - c) Porción ampular
- 4.- Ovarios

Vagina:

Conducto virtual, músculo membranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero, se relaciona con la vejiga por su cara anterior y con el recto por su cara posterior sirve como conducto excretor del útero, es el órgano cópula y conducto del parto, la vagina es curva de afuera hacia adentro y de abajo hacia arriba, mide de 8 a 10 centímetros de longitud aproximadamente, es muy distensible y tiene arrugas transversales. Se inserta en el útero formando los fondos de saco (anterior, posterior y laterales) se encuentra formada por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo, se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales (Mackenrodt) y el músculo elevador del ano.

Utero:

Organo muscular hueco, situado en la parte profunda de la pélvis, de forma piridiforme; esta invertido y aplanado ligeramente en el sentido anteroposterior. La cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga y la cara posterior con el recto, las laterales con los uréteres y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal, mide de 7 a 8 centímetros de longitud y de 5 a 6 centímetros de ancho en la parte fúndica.

Para estudiar al útero este se divide en tres partes:

- a) El cuerpo o la parte superior
- b) Istmo que es la zona donde se adelgaza formando una depresión.
- c) Cérvix o parte inferior

El útero esta formado por tres capas: Externa, media e interna; la parte externa o serosa cubre todo el cuerpo excepto la parte antero-inferior o sea la que se relaciona con la vejiga, esta capa origina una serie de esfuerzos que dan lugar a los elementos de fijación del útero que son los ligamentos redondo, ligamento uterosacro, ligamento cardinal y ligamento ancho.

La capa media muscular o miometrio es la más gruesa y resistente; está formada por fibras musculares lisas y dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares longitudinales y arciformes.

La capa interna o endometrio es la capa que reviste la cavidad

uterina, que sufre cambios cíclicos por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Esta formada por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos.

De acuerdo con sus elementos de sostén, el útero tiene cierta movilidad y puede estar en: anteversión, situación intermedia o retroversión.

El cérvix tiene forma cilíndrica, su longitud es de unos 3 centímetros; posee un orificio interno y un externo al igual que un canal cervical, la inserción vaginal lo divide en dos porciones, intravaginal y supravaginal la porción externa esta revestida por epitelio pavimentoso estratificado, que con frecuencia es asiento de tumores.

Trompas de falopio u oviductos:

Son dos conductos de 10 a 12 centímetros de longitud por 1 a 2 centímetros de diámetro externo, constituyen una prolongación de los cuernos uterinos se dirigen lateralmente hacia afuera y adelante, tienen movimientos peristálticos.

Las trompas tienen un conducto de 1 a 2 milímetros que es continuación de la cavidad uterina, terminan en la cavidad peritoneal, cerca del ovario.

Las trompas están constituidas por tres capas que son:

- a) Capa externa serosa o peritoneal que permite el deslizamiento sobre órganos vecinos.
- b) Capa media muscular que tiene fibras musculares y circulares

y longitudinales.

c) Capa interna o mucosa endosalpinx, constituida por epitelio revestido por células ciliares, que favorecen la progresión del espermatozoide y del huevo fecundado.

También las trompas de falopio se dividen para su estudio en tres partes anatómicas que son;

a) Zona intersticial o intramural que es la parte más próxima al útero y hace contacto con la cavidad uterina.

b) Zona ístmica parte intermedia de grosor constante.

c) Zona ampular es la parte distal que se ensancha progresivamente y se abre en el pabellón. (3)

Ovarios:

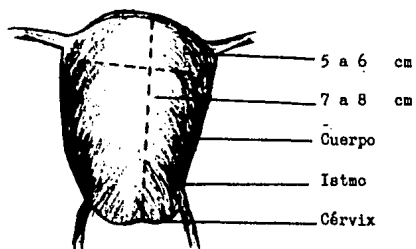
Los ovarios son dos órganos aplanados, sólidos y blanquecinos, cada uno de los cuales mide 4 x 3 x 2.5 centímetros; están localizados en la porción lateral de la pelvis (fosacovárica), en íntima relación con la parte distal de la trompa mediante la fimbria. Se sostiene en su sitio gracias a un engrosamiento del ligamento ancho (mesovario). Los ovarios tienen una parte central (médula) y otra externa (corteza). (1)

La médula está constituida por tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos; sin embargo la corteza es asiento de tejido germinativo.

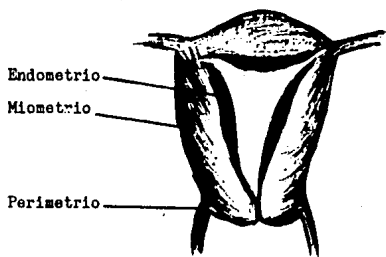
Estos órganos son los encargados de producir las células reproductoras y es la fuente principal de hormonas femeninas: Estrogenos y progesterona.

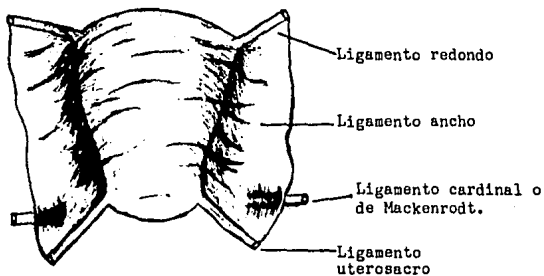
(3) Mondragón C. Héctor. Obstetricia. P. 11-20

(1) Abreu Luis Martín. Fundamentos del diagnóstico. P. 381-386

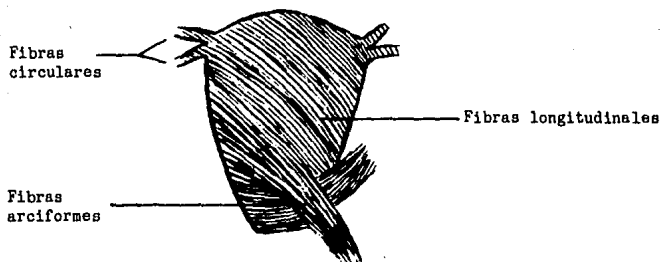


CAPAS ANATOMICAS



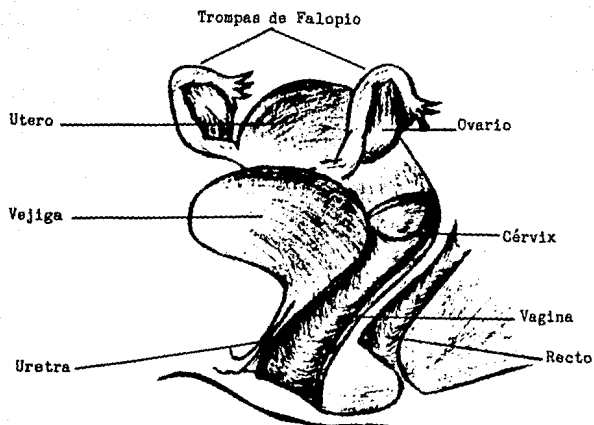


DISPOSICION DE LAS FIBRAS UTERINAS



GENITALES INTERNOS

FEMENINOS



Pelvis ósea:

La pelvis es una estructura en forma de cuenca formada por cuatro huesos: Anterior y lateralmente, por lo iliacos derecho e izquierdo; y posteriormente por el sacro y el cóccix. La pelvis descansa en los fémures y soporta a la columna vertebral.

El sacro se articula por arriba con la L5 por una artrodia, y la articulación coxofemoral se realiza por enartrosis. En la propia pelvis existen dos tipos diferentes de articulación: Sincondrosis, uniendo a los dos púbis y diartrosis entre el sacro y el íleo y entre el sacro y el cóccix. Cuando la articulación sacrococcígea no se encuentra enquillosada, posee movimiento de flexión y extensión.

La disposición de los huesos pélvicos produce la división en dos segmentos; el superior más grande y amplio, llamado pelvis mayor o falsa, y el inferior, pelvis menor o verdadera, que es una cavidad más pequeña y profunda. La separación de ambos esta marcada por la línea iliopectínea (línea innominada, línea terminalis) que es un surco oblicuo en la cara interna de los iliacos, y que se prolonga hasta el púbis.

La pelvis mayor está cerrada por delante por los músculos abdominales y por detrás por la columna vertebral. Este segmento aplanado y hueco presta apoyo a los intestinos, pero el útero está incluido en la pelvis menor cuando la mujer está erecta.

La pelvis menor o excavación pélvica esta limitada posteriormente por el sacrocóccix, y lateral y anteriormente por los huesos iliacos. La altura de la parte posterior de la excavación es tres veces mayor a la de la anterior. La forma de la cavidad pélvica considerada por su eje, sugiere un tubo acortado, con una curva anterior considerablemente

acortada.

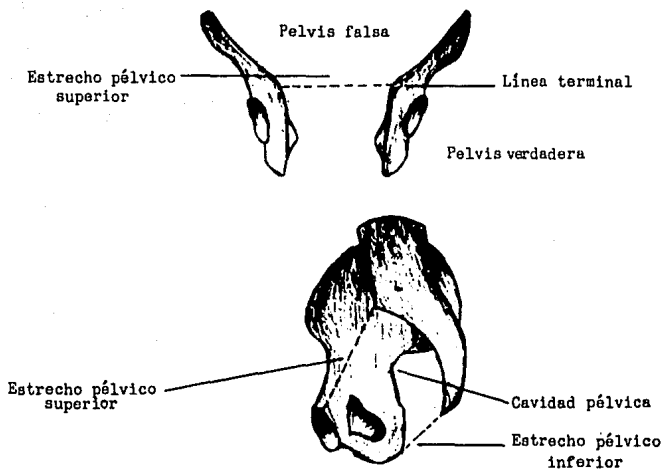
No hay dos pelvis idénticas. El tamaño y la forma varían de acuerdo con características individuales, familiares y raciales. Además la configuración pélvica puede ser afectada por enfermedad.

El piso pélvico consiste en músculos, ligamentos y aponeurosis dispuestos para:

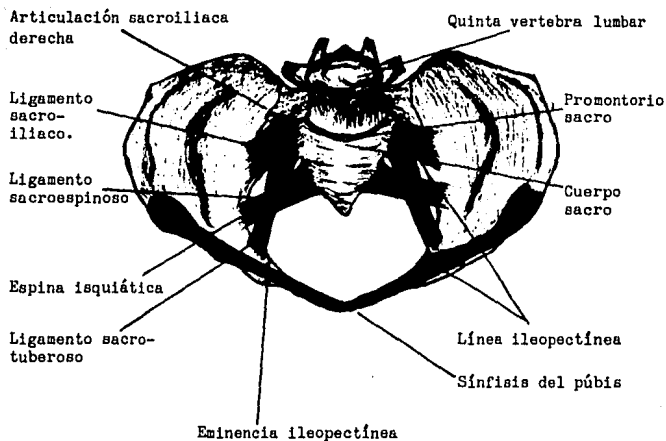
- 1.- Sostener las víceras pélvicas.
- 2.- Hacer el papel de esfínter para la uretra, la vejiga y el recto.
3. Permitir la salida de un feto a término.

El piso pélvico esta constituido por dos diafragmas pélvianos, uno superior y otro inferior y por los tabiques septumo vesico y recto-vaginales, mismos que ponen en contacto a ambos diafragmas, al cuerpo perineal y al cóccix. (1)

PELVIS FEMENINA



PELVIS OSEA CON SUS LIGAMENTOS



Otras estructuras accesorias pertenecientes al piso pélvico, son los ligamentos cervicales transversos (de Mackenrot o cardinales) y los músculos glúteos mayores.

El diafragma pélvico superior es una estructura musculoaponeurótica formada por fascia endopélvica, los ligamentos uterosacos y los músculos elevadores del ano, incluyendo la porción pubococcígea de éstos. El diafragma musculoaponeurótico pélvico inferior está representado por el diafragma urogenital (aponeurosis perineal) y los músculos esfinterianos de la vulva; isquiocavernosos vulbocarvernosos y transversos perineales.

Todas las estructuras de los diafragmas pélvicos superior e inferior, se encuentran fijas en el cuerpo perineal en forma directa o indirecta; las capas de los diafragmas pélvianos estan interrelacionadas y sobrepuestas para sostenerse recíprocamente. No están absolutamente fijas sino que pueden deslizarse una sobre de otra. Esta movilidad permite la dilatación del canal cervical del parto para dar salida al feto y su cierre después del parto.

El piso pélvico está perforado centralmente por tres estructuras tubulares: La uretra, la vagina y el recto. Todas ellas atraviesan el piso pélvico con angulación determinada que favorece la acción de los músculos que desempeñan el papel de esfínteres.

Los tejidos de los diafragmas pélvicos tienen la función de sostener y elasticidad: El tejido conjuntivo proporciona sostener pero no

flexibilidad, las fascias proporcionan firmeza, y en tanto la musculatura estriada como la lisa ofrecen una elasticidad limitada.

La debilidad e insuficiencia del piso pélvico puede ser consecuencia de lesiones obstétricas o neurológicas o bien puede obedecer a defectos congénitos o de involución.

La principal finalidad es superar la fuerza de gravedad ejercida sobre las vísceras pélvicas y en menor extensión sobre las vísceras abdominales. Actúa como refuerzo de la salida pélvica de forma irregular y por lo tanto brinda estabilidad y apoyo a las estructuras de los órganos circundantes.

La fascia profunda y los músculos elevador del ano y coccígeo constituyen la parte del suelo pélvico que se conoce como diafragma pélvico por arriba de la cavidad pélvica y por debajo y por detrás del peritoneo.

Por fuera de las paredes de la pelvis están compuestas por los músculos obturadores internos y la fascia que forma una banda llamada arco tendinoso.

Por fuera y por delante del sacro se encuentran muchos nervios del plexo sacro, cubierto también por aponeurosis pélvica perietal.

El músculo elevador del ano o músculo láminal constituye una parte principal del diafragma pélvico y consiste en realidad en cuatro

músculos: Iliococcígeo, pubiococcígeo, pubiorectal y pubiovaginal.

El elevador del ano que forma un cabestrillo para las estructuras pélvicas, se encuentra interrumpido por la uretra, vagina y recto. El músculo coccígeo es una hoja muscular delgada situada sobre el ligamento sacroespinoso que ayuda a el elevador del ano a brindar apoyo a las vísceras abdominales y pélvicas.

La aponeurosis endopelvica cubre el diafragma pélvico y sus partes componentes funcionan de manera global y a la vez son capaces de moverse entre sí, y brindan una capacidad excepcional de dilatación durante el parto e involución en el puerperio.

El triángulo urogenital (diafragma) se encuentra en una situación externa en relación con el diafragma pélvico, en la región triangular en relación con las tuberosidades isquiáticas el hueco del arco púbico. Está constituido por membranas perineales, superficial y profunda que se extienden desde las ramas de los huesos isquión y púbis. Los más importantes de esta región son los músculos perineales transversos profundos, bandas planas de músculo que se originan en las ramas isquiopúbicas y se entremezclan en la línea media para formar en rafe. Estos músculos se modifican para encerrar el meato urinario como el orificio vaginal.

Los músculos de los genitales externos son los isquiocavernosos y bulbocavernosos incluyendo los pilares del clítoris. (3)

(3) Olds B. Sally. Enfermería Materno Infantil. P. 74-76

La pelvis se forma con los huesos coxales en conjunto con el sacro y el cóccix.

El hueso coxal del neonato consiste en tres componentes el ilión o porción superior, el púbis o la parte anterointerna, y el isquión o porción inferoposterior en el adulto finalmente los huesos están fusionados. El área de fusión es una depresión profunda, situada en sentido lateral a la que se denomina acetábulo; esta estructura recibe la cabeza del fémur y en su porción inferior se localiza la incisura del acetábulo (escotadura isquiopubiana).

El ilión es la porción mayor del hueso coxal y se encuentra limitado en las espinas iliacas anterosuperior y anteroposterior, en el borde superior por la cresta iliaca, zonas de inserción de los músculos abdominales, un poco por la espina iliaca debajo de esta se encuentra la incisura isquiática (escotadura ciática) mayor, la superficie interna del ilión, en su vista lateral, es la fosa iliaca interna con la cavidad en la que se inserta el músculo iliaco. Por detrás de dicha fosa se encuentra la carilla auricular para el sacro.

El isquión es la porción inferoposterior del hueso coxal y posee una prominencia conocida como espina isquiática (escotadura ciática), la escotadura ciática se encuentra por debajo de la espina isquiática.

La porción restante o rama del isquión se une con el púbis,

y con este último rodea el agujero obturador, el púbis es la porción inferior del hueso coxal y consiste en una rama superior e inferior (horizontal y descendente), que se unen en el cuerpo; la articulación de las dos ramas púbicas es reconocida como sínfisis púbica, y en su zona media contiene fibrocartilago.

El acetábulo (cavidad cotiloidea) está formado por dos quintas partes del ilión, dos quintas partes del isquiún y la restante del púbis.

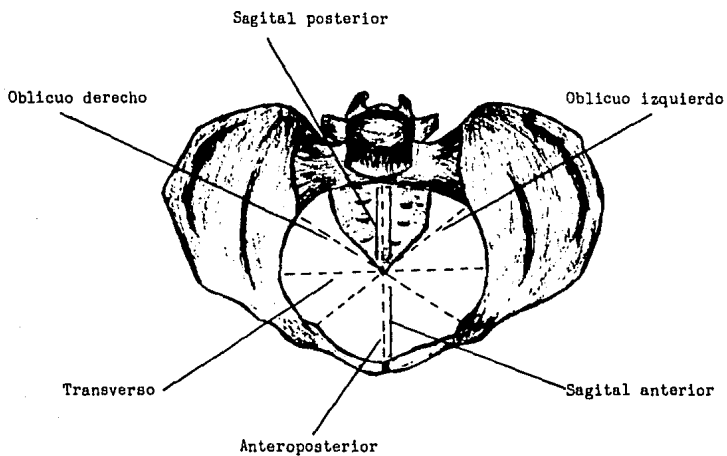
Diámetros pélvicos del estrecho superior:

Promonto retropúbico.- Se dirige del promontorio a la cara posterior de la sínfisis púbica.

Transverso máximo.- Se encuentra comprendido entre las dos eminencias iliopectíneas, constituyen el diámetro mayor del estrecho superior.

Oblicuos.- Parte de la articulación sacroiliaca al borde superior de la porción distal de la rama horizontal del púbis. (7)

DIAMETRO DEL ESTRECHO PELVICO



Músculos del suelo pélvico:

Músculo elevador del ano:

Se originan en el púbis, pared pélvica lateral y espina isquiática, su inserción es mezclarse con órganos de la cavidad pélvica, su innervación es en el nervio rectal inferior y el segundo y tercer nervios sacros incluyendo el cuarto su acción es sostener las vísceras pélvicas, y ayudar a formar el diafragma pélvico.

Músculo iliococcígeo:

Se origina en la superficie pélvica de la espina isquiática y la aponeurosis pélvica, su inserción es el punto central del peritoneo, rafe coccígeo y cóccix.

Músculo pubiococcígeo:

Se origina en el pubis y la aponeurosis pélvica su inserción es en el cóccix.

Músculo pubiorectal:

Se origina en el púbis, su inserción se fusiona con el recto, su acción es formar el cabestrillo del recto justamente por detrás de éste eleva el ano.

Músculo pubiovaginal:

Su origen es en el púbis su inserción se fusiona en la vagina.

Músculo coccígeo:

Su origen es en la esquina esquiática y ligamento sacroespinoso, su inserción es en el borde lateral de la parte baja del sacro y la parte alta del cóccix, su inervación es en el tercero y cuarto nervios sacros. Su acción es de sostener las vísceras pélvicas; ayuda a formar el diafragma pélvico; produce flexión y abducción del cóccix.

Cinturón pélvico:

Está constituido por dos huesos de la cadera que se une el uno con el otro en la articulación interpública, la pelvis es un tazón formado por los dos huesos de la cadera, el sacro y el cóccix, tiene una abertura por arriba y otra por a parte de abajo. Los dos huesos de la cadera cada uno en forma de propela forman juntos un arco de soporte con el sacro, dirigiendo el hueso corporal hacia el hueso del músculo y manteniendo la línea de gravedad que pasa frente al sacro ilíaco y por atrás de las articulaciones de la cadera a diferencia de los huesos del brazo con respecto al cinturón escapular.

La pelvis mantiene las vísceras pélvicas en su cavidad la cual se continua con la cavidad abdominal.

Las pelvis masculina y femenina difieren considerablemente una de la otra principalmente por que la cavidad femenina es más redondeada y más ancha en todas sus dimensiones esta pelvis más grande puede acomodar más fácilmente al feto en desarrollo, especialmente en su paso por el canal del parto en la abertura pélvica.

El cinturón del miembro inferior (cintura pélvica) se forma de dos huesos coxales (pélvicos innominados o de la cadera). Dicho cinturón proporciona resistencia y sosten estables, a los miembros inferiores, que han de soportar el peso del cuerpo.

Los huesos coxales están unidos en su extremo anterior por la articulación conocida como sínfisis púbica y de manera posterior se unen individualmente al sacro.

TIPOS DE PELVIS:

La familiaridad con los tipos de pelvis contribuye a la comprensión del mecanismo de trabajo de parto y de las relaciones del paso, el pasajero y los poderes o fuerzas durante el período de trabajo de parto.

La clasificación de Caldwell Moloy de los tipos de pelvis se basa en las características pertinentes de la pelvis tanto masculina como femenina, esta clasificación se presta atención al tamaño de la escotadura sacrociática, la abertura creciente del estrecho pélvico superior, el tamaño del estrecho y las relaciones del diámetro anteroposterior mayor

con el diámetro transversal mayor.

Los cuatro tipos clásicos de pelvis son: Ginecoide, Androide, Antropoide y Platipeloide, a menudo se producen tipos mixtos de configuraciones pélvicas, que tipos puros.

Pelvis ginecoide:

La pelvis femenina normal es de este tipo. El estrecho superior está redondeado, y el diámetro anteroposterior es un poco más corto que el transversal. Todos los diámetros del estrecho superior son por lo menos suficientes. El segmento posterior es amplio, profundo y espacioso, el segmento anterior está bien redondeado. La parte media de la pelvis ginecoide tiene espinas esquiáticas no prominentes, paredes laterales rectas y paralelas y una curva sacra profunda y amplia. El sacro es corto y se inclina hacia atrás. Todos los diámetros de la pelvis media son al menos suficientes el estrecho pélvico inferior ginecoide tiene un arco púbico amplio y redondeado, las ramas púbicas inferiores son cortas y cóncavas, el diámetro anteroposterior es largo, y el diámetro transversal es suficiente. La capacidad del estrecho pélvico inferior es suficiente. Los huesos tienen estructura y peso medios.

Pelvis androide:

El tipo masculino normal de la pelvis es de tipo androide el estrecho superior tiene forma de corazón. Los diámetros anteroposterior

y transverso son suficientes para el parto pero el diámetro sagital posterior es demasiado corto y el diámetro sagital anterior es largo. El segmento superior es superficial a causa de la indentación del promotorio sacro lo que da por resultado disminución de la capacidad. El segmento anterior es estrecho, y la parte anterior de la pelvis esta francamente angula. La pelvis media androide tiene espinas isquiáticas prominentes, paredes laterales convergentes, y un arco sacro largo y tenso que se inclina hacia delante, están reducidos todos los diámetros de la pelvis media. La distancia entre la línea terminal y las tuberosidades isquiáticas es larga y sin embargo está reducida la capacidad global de la misma. El estrecho pélvico inferior androide tiene un arco púbico estrecho, agudo y profundo. Las ramas púbicas inferiores son rectas y largas. El diámetro anteroposterior es corto, y el diámetro transverso es estrecho. Está reducida la capacidad del estrecho inferior. Los huesos son de estructura y peso medios a voluminosos.

Pelvis antropide:

La pelvis antropide suele llamarse pelvis de mono. El estrecho superior es oval, con diámetro anteroposterior largo, y diámetro transverso suficiente, pero bastante corto el segmento anterior como el posterior además son profundos; el diámetro sagital posterior es estremadamente largo, como ocurre en el diámetro sagital anterior, la pelvis media antropide tiene espinas isquiáticas variables paredes laterales rectas y un sacro estrecho y largo que se inclina hacia atrás. los diámetros pélvicos medios son al menos adecuados, lo que hace suficiente su capacidad. El

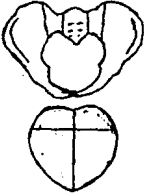
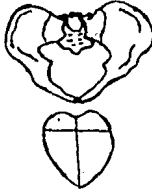






estrecho pélvico inferior antropide tiene arco púbico normal o moderadamente estrecho; las ramas púbicas inferiores son largas y estrechas. La capacidad del estrecho pélvico inferior es suficiente, y los huesos tienen peso y estructura intermedios.

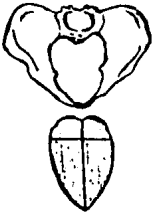
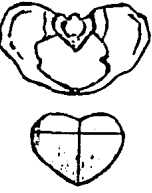


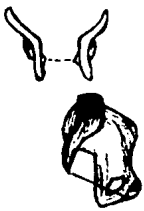
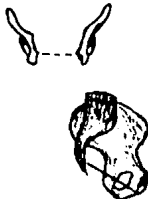


Pelvis platipeloide:

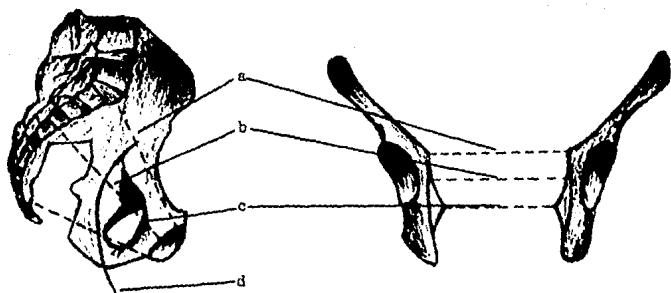
El término tipo platipeloide se refiere a la pelvis femenina plana. El estrecho superior es oval, de manera definida en sentido transverso, con un diámetro transverso extremadamente corto. Los diámetros sagital posterior y sagital anterior son cortos, tanto el segmento anterior como el posterior son superficiales. La pelvis media platipeloide tiene espinas isquiáticas variables, paredes laterales paralelas y sacro amplio con curva profunda hacia adentro. Suele ser suficiente solo el diámetro transverso por lo tanto se reduce la capacidad de la pelvis media. El estrecho inferior platipeloide tiene un arco púbico extremadamente amplio, las ramas púbicas inferiores son rectas y cortas. El diámetro transverso es amplio pero el anteroposterior es corto. La capacidad del estrecho pélvico inferior es suficiente, los huesos platipeloides

COMPARACION DE LOS TIPOS DE PELVIS

29

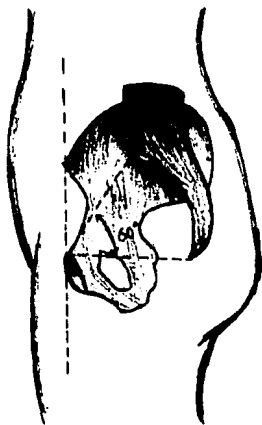
	Ginecoide	Androide
Forma		
Estrecho pélvico superior		
Parte media de la pelvis		
Estrecho pélvico inferior		

	Antropoide	Platipeloide
Forma		
Estrecho pélvico superior		
Parte media de la pelvis		
Estrecho pélvico inferior		

PLANOS PELVICOS

- a) Estrecho pélvico
- b) Plano de mayores dimensiones
- c) Plano de menores dimensiones
- d) Curva del conducto pélvico

ANGULO PELVICO



F I S I O P A T O L O G I A .

El paso del producto está constituido por la pelvis ósea materna que se inicia en el estrecho pélvico superior y termina en el estrecho pélvico inferior, y los tejidos maternos blandos de estas regiones anatómicas.

La contractura de cualquiera de los sitios descritos puede dar por resultado desproporción cefalo-pélvica. Se producen presentaciones y posiciones anormales en caso de DCP al intentar el feto acomodarse a la trayectoria y al paso por la misma.

Suelen ser adecuados los tipos de pelvis ginecoide y antropoide para el parto de vértice, pero los tipos androide y platipeloide predisponen a DCP. Hay ciertas combinaciones de tipos que pueden dar por resultado diámetros pélvicos insuficientes para el paso de vértice.

La influencia que tiene la pelvis ginecoide sobre el trabajo de parto es favorable, se facilita y se hace rápido el descenso del feto, gracias a que la cabeza fetal suele encajarse en los diámetros transversos u oblicuos con flexión suficiente si el encajamiento ocurre a nivel de la parte media de la pelvis. Es común la posición occipital anterior durante el parto.

En relación a la pelvis androide no es favorable la influencia de esta sobre el trabajo de parto. El descenso hacia la cavidad pélvica es lento. La cabeza fetal suele encajarse en los diámetros transversos y occipital posterior en asinclitismo con amoldamiento extremo. Es frecuente la detención del trabajo de parto lo que

requerirá manipulación difícil con forceps (rotación y extracción) y el arco pubico estrecho y profundo provoca desgarros perineales extensos. Quizá se requiera operación cesárea en estos casos.

Referente a la pelvis antropoide la influencia de esta sobre el trabajo de parto es favorable. Por lo general la cabeza fetal se encaja en el diámetro anteroposterior o en el oblicuo en la posición occipital posterior. El trabajo de parto y parto progresan bien.

La pelvis platipeloide no tiene una influencia favorable sobre el trabajo de parto. La cabeza fetal suele encajarse en el diámetro transversal, con asinclitismo notable. Si el feto puede atravesar el estrecho pélvico superior girará a nivel de las espinas isquiáticas por debajo de las mismas y el parto será amplio gracias a el amplio arco; pero a menudo hay retraso del progreso a nivel del estrecho pélvico superior, lo que requerirá operación cesárea. (8)

CONTRACTURAS DEL ESTRECHO PELVICO SUPERIOR

Estará contraído el estrecho pelvico si su diámetro antero-posterior más corto es menor de 10cm. o el diámetro transversal mide 12cm.

El diámetro anteroposterior puede calcularse de manera aproximada al medir el diámetro conjugado diagonal, que en caso de estrecho pelvico superior contraído mide menos de 11.5cm. Se recurre a la pelvimetría clínica y radiológica para identificar el diámetro anteroposterior más pequeño por el que debe pasar la cabeza fetal y se empleará la sonografía para medir el diámetro biparietal.

Cuando están contraídos ambos diámetros se incrementa la frecuencia de partos difíciles. Son numerosos los riesgos que acompañan a las contracturas del estrecho pélvico superior. La evolución del trabajo de parto tiende a ser prolongado y con dilatación insuficiente del cuello uterino como se ejerce toda la fuerza de las contracciones del trabajo de parto sobre las membranas, puede ocurrir ruptura de las mismas. La falta del descenso fetal en la nulípara antes de iniciarse el trabajo de parto, potencializa el riesgo del prolapso de cordón.

En estos casos las presentaciones de vértice adoptan otras variantes, como la cara y el hombro puede desarrollarse anillos patológicos de retracción úterina y ruptura uterina. Se incrementa la mortalidad perineal para el feto.

El amoldamiento excesivo y las fracturas de cráneo puede dar por resultado hemorragia intracraneal fetal. Se formará también en muchos casos un gran caput succedaneum.

La asistencia de las contracturas del estrecho pelvico

superior se inicia con valoración del tamaño y presentación del feto. La configuración pélvica, la actividad uterina, la dilatación cervical, los problemas durante el trabajo de parto y los partos previos. Se toma la decisión de proseguir con el trabajo de parto de prueba u operación cesárea basándose en estas observaciones.

CONTRACTURAS DE LA PELVIS MEDIA

Las contracturas de la pelvis media son más comunes que las del estrecho pélvico superior, el plano de la pelvis media esta limitada por el borde de la sínfisis púbica hasta las espinas isquiáticas y toca el sacro cerca del cuarto o quinta vértebras del mismo.

Aunque en realidad no se cuente con un método satisfactorio para medir a mano la pelvis media, se puede verificar a la exploración vaginal la existencia de espinas prominentes, paredes pélvicas convergentes o escotadura sacrociática estrecha. La contractura de la pelvis media produce paro transverso de la cabeza, lo que puede culminar en parto con forceps medio potencialmente difícil.

La finalidad terapéutica es permitir que las fuerzas naturales del trabajo de parto hagan pasar el diámetro biparietal de la cabeza fetal más allá de la obstrucción interespinosa potencial; aunque puede emplearse forceps se producirá dificultades porque la tracción de la cabeza altera la flexión y disminuye aun más el espacio. El perineo abombado y la coloración indican que se ha salvado la obstrucción.

CONTRACTURAS DEL ESTRECHO PELVICO INFERIOR

El diámetro tuberoso interisquiático menor de 8cm. cons-

tituye una contractura del estrecho pélvico inferior.

A menudo se produce de manera simultánea contracturas del estrecho pélvico inferior y la pelvis media. Que pueda ocurrir parto vaginal dependerá del diámetro tuberoso interisquiático de la mujer y del diámetro posterosagital fetal.

IMPLICACIONES DE LAS CONTRACTURAS PELVICAS

Implicaciones maternas:

El trabajo de parto es prolongado en presencia de DCP. y puede producirse ruptura prematura de membranas fetales. En caso de obstrucción del trabajo de parto hay peligro de ruptura uterina. Al prolongarse el descenso, tenderá a sobrevenir necrosis de los tejidos blandos maternos a causa de la presión ejercida sobre la cabeza fetal. Por último la necrosis producirá fístulas desde la vagina hacia otras regiones cercanas. Los partos difíciles son con fórceps y pueden dar por resultado lesión de los tejidos blandos maternos.

IMPLICACIONES FETALES Y NEONATALES

Sí se rompen las membranas y la cabeza fetal no ha entrado en el estrecho, habrá peligro grave de prolapso de cordón. El amoldamiento extremo de la cabeza fetal puede dar por resultado fractura del cráneo o hemorragia intracraneal.

Los partos traumáticos con forceps pueden producir lesiones de cráneo y sistema nervioso central del feto.

I N T E R V E N C I O N E S .

Se valora durante el parto, lo mismo que antes del mismo la suficiencia de la pelvis materna para el parto vaginal.

Al efectuar la valoración durante el parto se considerarán el tamaño del feto lo mismo que su presentación, su posición y situación.

La enfermera debe sospechar de DCP. cuando el trabajo de parto sea prolongado, la dilatación y la borradura cervicales sean lentas, y se retarda el encajamiento de parte de la presentación. (9)

ASPECTOS SOCIOECONOMICO Y CULTURAL

La sociedad o la cultura en la cual un individuo vive, crece y se desarrolla, ayuda a determinar la forma de satisfacer sus necesidades y la dirección que tomarán algunas de ellas.

Toda sociedad y cultura han establecido reglas y códigos de conducta que gobiernan los principales aspectos de interacción social.

Una diferencia importante de la manera en que organizan las sociedades, es el grado en que los individuos dentro de cada sociedad tienen igualdad de acceso al prestigio, al poder y a los recursos necesarios para el sostenimiento de la vida. Aunque esta claro que no todos los humanos están igualmente dotados de talento, apariencia y destreza, no todas las sociedades reconocen formalmente esta desigualdad.

En otros países existen diferentes tipos de clases sociales, en México pese a que se mencionan varios tipos de clase social, únicamente vamos a considerar dos:

La clase proletariada: Es el sector más grande de la población, en este encontramos a los trabajadores obreros, empleados, desempleados, campesinos y toda aquella gente que vende su fuerza de trabajo para subsistir. Este sector está fuertemente endeudado, algunos fueron a la escuela otros no; en esta clase suelen tener una ideología tradicional, ya que creen en el papel doméstico para las mujeres y valoran la obediencia en los hijos, su tiempo recreativo lo emplean en la lectura de revistas, en ver la televisión y para los hombres la asistencia a bares y cantinas. Este sector es principalmente de la religión católica.

La clase burguesa: Ocupa un sector muy pequeño de la

población, lo tiene todo: poder, prestigio y antecedentes familiares supuestamente correctos, sus miembros han asistido a las mejores escuelas y universidades.

Esta descripción de las clases sociales no se ajusta a todas las regiones y comunidades, pero en sus rasgos generales, si coincide son sociedades como la nuestra.

Oscar Lewis afirma " Que la pobreza no es solo una condición económica, si no una forma de vida, que tiende a conservarse así misma al no dar a sus miembros valores y destrezas que requieren para tener éxito en la sociedad mayor ".

La cultura de la pobreza es una adaptación de los pobres a su posición marginal en sociedades capitalistas. Algunas de las características de esta "cultura" son la falta de participación en las instituciones culturales y sociales de la sociedad mayor, la escasez crónica del efectivo y la ausencia de ahorros, los bajos niveles educativos, la desconfianza del gobierno, el temor a la policía, la experiencia temprana con el sexo, el matrimonio consensual y la alta incidencia de hijos naturales. (1)

ASPECTO PSICOLOGICO

El equilibrio psicológico requiere del desarrollo y la capacidad para utilizar los mecanismos psicológicos para evitar la ansiedad y para adaptarse adecuadamente a las situaciones de la vida.

Una situación crítica, constituye una amenaza para el equilibrio psicológico. Lo que se considera un evento crítico varía de persona a persona de acuerdo con la percepción individual.

Cualquier trastorno del equilibrio psicológico produce una reacción primaria de ansiedad, miedo, apresión o tensión.

La ansiedad continua puede acompañarse de la función fisiológica, como cambios del sistema endocrino, alteraciones del sistema nervioso autónomo o de las reacciones del sistema circulatorio.

El individuo organiza e integra su mundo para prevenir la destrucción o desorganización de su función. Desarrolla sus temas elaborados de comportamiento (ideas, sentimientos y actos) para preservar la integridad del ego y su capacidad para enfrentar problemas con éxito, los trastornos graves del equilibrio pueden conducir a desviaciones notables o sistemas de comportamiento no constructivos.

Para mantener el equilibrio psicológico se necesita que el individuo tenga una oportunidad para crecer y desarrollarse positivamente, para aprender en general y para lograr el comportamiento adecuado para solucionar problemas de adaptación en particular.

La emoción es una experiencia psicológica básica común del hombre, tiene una gran variedad de efectos, tanto constructivos como no constructivos sobre el equilibrio psicológico. La emoción se demuestra o se refleja en estados subjetivos de sentimientos, en comportamiento

generado a partir de emociones y de cambios adaptativos.

Las emociones esta relacionadas con los acontecimientos diarios, ciertas situaciones también tienden a evocar determinados sentimientos y generalmente se buscan o se evitan, dependiendo totalmente del estado físico o psicológico. El miedo, la angustia y la ira son experiencias incómodas y generalmente se evitan.

La expresión de un sentimiento o de una emoción puede lograrse a través de una variedad de reacciones de comportamiento y de adaptación. Además de las expresiones comunes vocales y no vocales y las manifestaciones fisiológicas y psicológicas de emoción.

El equilibrio psicológico (así como la supervivencia física) requiere de la capacidad de percibir e interpretar los datos internos y externos.

El equilibrio psicológico esta influido y relacionado de manera compleja con la función cognoscitiva, incluyendo las opiniones, las creencias y las actitudes. (1)

(1) Nordmark T. Madelyn et. al. Bases Científicas de la Enfermería. Pp. 638

HISTORIA NATURAL DE DESPROPORCION
CEFALOPELVICAAGENTE:

La desproporción cefalopelvica puede obedecer a causas maternas, fetales o mixtas.

Causas Maternas:

Pélvis uniformemente estrecha, asimetría pelvica por escoliosis, fracturas o parálisis de miembros y fracturas múltiples de la pelvis.

Causas Fetales:

Hidrocefalia, macrosomía fetal.

Causas Mixtas:

Variedades posteriores de la presentación cefálica con diámetro bispinoso reducido. (2)

La causa más frecuente de la distocia ósea pélvica es por dimensiones pequeñas; otra causa rara es la tuberculosis de la columna vertebral como una pelvis bifótica, las deficiencias nutricionales pueden producir cambios raquíticos u osteomalásicos, y los traumatismos pueden producir deformidades.

La pelvis del neonato esta formada por escaso hueso, pero considerablemente cartilago, el hueso nominado como tal esta ausente, el ilión del pubis y el isquión esta conectado solo por cartilago, la columna vertebral es casi vertical y no tiene la curva lumbar, el promontorio del sacro es mucho más alto que en el adulto y el sacro esta

casi longitudinalmente pero tiene una curva transversa más grande.

El estrecho superior medio pélvico es proporcionalmente más angosto y tiene forma antropoide, debido a que las alas del sacro no están bien desarrolladas y son bastante estrechas, las ramas pubicas son cortas, el arco púbico es más agudo que en el adulto, la pelvis tiene forma de embudo como en el hombre adulto.

La transición de la pelvis femenina fetal a la adulta depende:

- a) Del soporte del peso.
- b) Cuestiones hormonales.
- c) Aspectos nutricionales.
- d) Tendencias hereditarias.

a) Efectos del soporte del peso:

Desde el momento en que la niña comienza a pararse y luego a caminar el peso creciente afecta la pelvis de manera siguiente:

- 1) El sacro es desplazado hacia abajo y adelante de manera que el promontorio queda a nivel más bajo, más cerca de la sínfisis del pubis, esta acortada la pelvis en dirección antero-posterior y alarga la transversal.
- 2) El sacro esta arqueado longitudinalmente sobre el eje del tercer segmento sacral, la presión de los femures desde abajo ayuda a arquear el sacro.
- 3) La concavidad transversa del sacro esta aplanada en su parte anterior y el hueso inominado rota lateralmente para ampliar la pelvis en su parte anterior, estos y otros factores relacionados con el peso aplanan la pelvis en su parte anterior y la convierten en infantil

androide, ginecoide o platipeloide.

Sí el niño nunca camina la pelvis mantiene sus características infantiles a pesar de su crecimiento y osificación.

b) Influencias hereditarias:

Hay muchas diferencias entre la pelvis adulta masculina y femenina, en términos generales la pelvis masculina es de consistencia y estructura más densa y por eso más voluminosa, la pelvis femenina en comparación parece frágil y liviana la razón por la que las caderas de la mujer parecen más anchas que las del hombre es en los huesos coxales de la primera, tienen un mayor ensanchamiento de manera que las pelvis falsas son planas y anchas.

c) Aspectos Nutricionales:

La primera modificación es la anatómica, el abandono del medio y la nutrición natural fueron creando condiciones higiénicas y nutritivas menos favorables, la pelvis femenina que era circular se aplastó y adoptó una forma elíptica menos favorable para el mecanismo del parto.

d) Tendencias Hereditarias:

El problema de la distocia pélvica habla también en relación a las razas, ya que en la raza negra se presenta en un 3% y en la raza blanca varía mucho, esto dependerá de la edad de la paciente.

H U E S P E D :

Mujeres en etapa reproductiva, inicialmente desde que ocurre la menarquía que es en promedio a los doce años hasta la menopausia que ocurre en promedio alrededor de los cuarenta y cinco años.

En las niñas pequeñas se produce muy poca gonadotropina o estrogeno, sin embargo por razones aún no muy claras, la producción de gonadotropina aumenta entre los ocho y nueve años de edad, y esto se continúa en niveles cada vez mayores de estrogenos que son responsables del desarrollo de genitales y de las glándulas mamarias (Telarquia). Aparición de vello axilar y pubiano (Pubarquia). Todo esto indica un concomitante aumento de la función adenocortical, aproximadamente a los trece años de edad la pubertad se demuestra por el inicio del sangrado uterino periódico. (3)

Es más común en mujeres de raza blanca.

MEDIO AMBIENTE:

Universal o cosmopolita. No puede especificarse las frecuencias de las distocias óseas pélvicas debido a la diversidad de las definiciones. No hay un consenso general.

PERIODO PATOGENICO

ESTIMULO DESENCADENANTES:

Interacción de la triada ecológica.

CAMBIOS TISULARES:

La clasificación clínica de la estrechez pélvica se basa principalmente en mediciones pelvicas, se utiliza para establecer una medición de la proporcionalidad de la pelvis en relación al embarazo actual, una pelvis es considerada estrecha cuando el conjugado diagonal es de 11.5 cm. o menos, o cuando el diámetro bisquático es inferior a 8 cm. aunados a un diámetro sagital posterior del estrecho inferior es de menos de 7 cm. y cuando hay falta de curvatura sacra y angulación reducida del arco subpubiano. (4)

SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS:

Varian pero los más comunes son:

- Contracciones uterinas
- Expulsión de tapón mucoso
- Ruptura prematura de membranas
- Salida de líquido amniótico
- Diaforesis
- Presencia del reflejo del pujo
- Mucha inquietud
- Sufrimiento fetal

- Frecuencia cardiaca menor de 120 x' y mayor de 160 x'.
- Hiperactividad fetal
- Hipoactividad fetal
- Líquido meconial.

SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS:

También podemos encontrar con demasiada frecuencia:

- Sufrimiento fetal agudo
- Líquido meconial ++++
- Alteración en la frecuencia cardiaca fetal, en cuanto a ritmo, frecuencia e intensidad.
- Trabajo de parto prolongado.

Los síntomas varían de acuerdo al tipo de distocia pélvica.

La distocia del estrecho superior:

Se presenta en el dos por ciento de las embarazadas a término, la falta de encajamiento cefálico antes o durante el principio del trabajo de parto puede indicar desproporción cefalopélvica, el encajamiento depende del adecuado estrecho superior, de las dimensiones y de la moldeabilidad cefálica. Así mismo puede fallar por unseudocabalgamiento cefalico sobre el cinturón pélvico debido a la intervención uterina o también por inserción baja de la placenta, presentación viciosa o por anomalías cefálicas.

La distocia del estrecho medio:

La estrechez de la excavación pélvica aislada es de 4 a 5 veces tan frecuente como la reducción del estrecho superior por sí sola. La falta del espacio suficiente es la excavación pélvica debe sospecharse antes del encajamiento de la presentación, en presencia de un estrecho inferior reducido, de espinas ciáticas muy prominentes y muy próximas, constitución androide, sacro aplanado o irregular, ruptura prematura de membranas o presentación viciosa del producto la distocia del estrecho medio puede obedecer a la estructura pélvica en embudo (convergencia de las paredes laterales aplanamiento de la curvatura sacra). O la presencia de proyecciones anormales hacia el canal pélvico por prominencias óseas (espinas ciáticas) o por neoplasias.

La distocia del estrecho inferior:

La distocia aislada del estrecho inferior es rara, casi siempre se encuentra asociada con la distocia del estrecho medio. (5)

COMPLICACIONES:

La distocia pélvica puede producir un trabajo de parto prolongado (proceso lento con desproporción cefalopelvica relativa), formación de anillos de contención (por la retracción exagerada), ruptura uterina (por contracciones sobre forzadas), parto operatorio (forceps, cesarea), infección (por ruptura prematura de membranas), trabajo de

parto prolongado (trauma del canal del parto), separación de la sínfisis pubiana (por ruptura de los ligamentos a causa de forceps o por cabeza mal rotada), formación de fistulas (en vejiga o intestino) y lesiones de los músculos elevadores del ano y del esfínter.

Las lesiones fetales comunes que se observan a causa de cualquier tipo de distocia pélvica son:

- Hemorragia intracraneana
- Hipoxia
- Infección
- Fracturas deprimidas u otro tipo de fracturas craneales
- Lesiones de los plexos cervicales y braquiales. (6)

MUERTE:

- Hemorragia materna por ruptura uterina.
- Hemorragia intracraneal del feto.
- Fracturas craneales.
- Sufrimiento fetal.

NIVELES DE PREVENCIÓN

PRIMER NIVEL DE PREVENCIÓN

PROMOCIÓN A LA SALUD:

- Charlas sobre dieta equilibrada.
- Orientación sobre la utilización de la soya.
- Promover la distribución de los recursos económicos.
- Charlas sobre hábitos higiénicos personales.
- Charlas sobre higiene de la vivienda
- Charlas sobre educación sexual
- Charlas sobre planificación familiar.
- Charlas sobre paternidad responsable.
- Orientación sobre enfermedades venereas.
- Charlas sobre control prenatal.
- Orientación sobre cambios en la pubertad tratando de abarcar las tres esferas (biológicas, psicológicas y sociales)
- Charlas sobre contaminación ambiental.
- Charlas sobre eliminación de desechos.
- Charlas sobre la prevención de accidentes.
- Promover la visita médica periódica.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA:

- Brindar una adecuada atención prenatal, vigilando la evolución del (embarazo (cambios y alteraciones normales y anormales).
- La prevención de las distocias pélvicas requiere la cuidadosa medición clínica de la pelvis al principio de cada embarazo.

- Dar orientación sobre lo que es una desproporción cefalopelvica principalmente a pacientes primigestas.
- Dar orientación sobre los signos de alarma durante el embarazo. (Aumento exagerado de peso, aumento de la presión, salida de líquido o sangre de la vagina, ausencia de movimientos fetales).
- Enseñar la utilización de alimentos de bajo precio para que con ello disminuya la incidencia de distocias pélvicas debido al raquitismo infantil. También para evitar el otro extremo que es la obesidad.
- Promover la prevención de accidentes principalmente los de tipo ortopédico porque puede causar traumatismo o malformaciones pélvicas.

SEGUNDO NIVEL DE PREVENCIÓN

DIAGNOSTICO PRECOZ:

- Detectar cualquier signo de alarma durante el embarazo (salida de líquido amniótico, hemorragia, exagerado aumento de peso para poder diagnosticar una macrosomía).
- Detectar actitudes viciosas del producto por medio de las maniobras de Leopold.
- Vigilar el descenso de la presentación en las primigestas aproximadamente en la semana 37 de gestación y posteriormente antes del parto.
- Vigilar la presencia prematura de actividad uterina.
- La arquitectura pélvica interna no puede evaluarse con precisión por medio de la exploración clínica aisladamente es difícil conseguir manualmente mediciones confiables de la excavación pélvica, y se hace cuantas veces sea necesario la observación radiológica para obtener una apreciación completa, sin embargo las mediciones radiológicas

constituyen solamente guías complementarias y no deben ser empleadas como bases pronósticas para el resultado del parto, el descenso y la rotación interna puede no presentarse si no hasta ocurra la dilatación completa y ruptura de membranas.

La siguiente clasificación de tipos pélvicos desde el punto de vista obstétrico fue desarrollado por Caldwell y Moley.

a) Tipo ginecoide o femenino humano:

El estrecho superior es circular o levemente cordiforme (40 - 45%).

b) Tipo androide:

Semeja a la pelvis masculina, con estrecho superior redondeado o triangular (15 - 20%)

c) Tipo antropoide:

Es de forma ovoide antero posterior (20 - 30%).

d) Tipo platipeloide:

También pelvis aplanada con estrecho superior oval transverso (2 - 5%).

La mayoría de las pelvis no pertenecen a un tipo puro si no que incorporan características de dos variedades.

La pelvimetría radiológica puede tener indicación en el 5 - 8% de las pacientes obstétricas por las razones siguientes:

- a) Un valor social especial del producto.
- b) El primer embarazo de una mujer añosa.
- c) Antecedentes de productos mortinatos por lesiones al nacimiento.

d) Distocias o utilización de forceps.

PARTICIPACION DE ENFERMERIA:

Es de gran importancia para la preparación del ambiente físico, recepción de la paciente, la exploración física integral y obstétrica, evaluar factores de riesgo, dar orientaciones y preparación a la paciente para cualquier procedimiento que se le realice, brindar apoyo emocional y preparar al paciente, preparar equipo y recursos para los procedimientos.

TRATAMIENTO OPORTUNO:

Intento clínico del trabajo de parto que consiste en la observación del progreso durante un período de tiempo razonable preferentemente con un obstetra especializado o con un radiólogo, la observación debe considerar la frecuencia, la intensidad del ritmo y la duración de las contracciones uterinas, los cambios y el borramiento y dilatación cervical, así como el descenso fetal. El intento del trabajo de parto sólo deberá iniciarse bajo consulta con un obstetra o radiólogo experto.

La seguridad de un intento de trabajo de parto se juzga por las condiciones maternas y fetales antes, durante y después del parto y no por el número de horas.

No existe intento de trabajo de parto para las presentaciones pélvicas, ya que la cabeza de un producto a término, ofrece el diámetro más amplio. Sin embargo con productos pequeños la decisión para intentar el parto por vía vaginal en éstos casos radica en las cualidades del trabajo de parto, en la dilatación y borramiento cervicales y el descenso de la presentación.

La decisión final para proceder a una cesárea debe descansar únicamente en el resultado de la pelvimetría radiológica.

PARTICIPACION DE ENFERMERIA:

- Orientar a la paciente sobre su participación en el acto obstétrico en caso de intento de trabajo de parto.
- Vigilar la evolución del trabajo de parto y detectar las alteraciones del evento obstétrico.
- Brindar apoyo emocional a la paciente para calmar un poco su ansiedad, a la vez proporcionarle confort y seguridad.
- Preparar a la paciente para cirugía (cesárea). Como es el vendaje de miembros inferiores, tricotomía abdominal y perineal, colocación de sonda vesical, canalización cateter de no. 17, ponerle capelina. Participar en los procedimientos de cirugía obstétrica como circulante o instrumentista (preparar todo el material necesario).

LIMITACION DEL DANO:

Siempre que se detecte desproporción cefalopelvica será necesario la intervención quirúrgica (cesárea) para evitar complicaciones tanto en la madre como en el producto (sufrimiento fetal agudo).

A las mujeres que hayan tenido a su primer bebé por medio de cesárea con diagnóstico de desproporción cefalopélvica, será necesario que para los embarazos subsecuentes se le programe la cesárea.

También se deberá tener cuidado de que el trabajo de parto no se prolongue.

T E R C E R N I V E L D E P R E V E N C I O N

REHABILITACION:

- Respetar el período intergenesico mínimo de dos años.
- Orientar sobre métodos anticonceptivos.
- Orientación sobre cambios en el puerperio.
- Orientación sobre alimentación al seno materno.
- Fomentar la nutrición equilibrada en la niñez.

HISTORIA CLINICA

I.- FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: R.V.R. Ingres a el día 4 de diciembre de 1989, a las 20:30 hrs. al servicio de hospitalización. No. de cama: 139 Edad: 22 años Sexo: Femenino Estado civil: casada Escolaridad: 2do. Semestre de la carrera de Enfermería Ocupación: Secretaria Religión: Católica Nacionalidad: Mexicana Lugar de procedencia: Procede de la Delegación Gustavo A. Madero D. F. Actualmente, radica en Santiago Teyahualco, Edo. de México. El responsable de ella es su esposo, él cual radica en el mismo domicilio de la paciente. La paciente ingresa con el diagnóstico de: Puerperio posquirúrgico por D.C.P.

II.- Abuelo paterno muere a los 94 años de edad aparentemente de muerte natural, igualmente la abuela materna que muere a los 80 años, tío paterno muere de un infarto al miocardio, sus demás familiares se encuentran al parecer, aparentemente sanos.

III.-ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

- Ambiente Físico:

La construcción de su casa es de tabique, concreto y lámina de albesto, posee dos habitaciones, sala, comedor y cocina. Estas cuentan con buena iluminación y ventilación.

- Animales domésticos:

(12) gallinas, (30) palomas, (2) perros, (5) borregos, (1) burro y (15) vacas.

- Servicios Públicos:

Cuenta con servicios de agua potable intradomiciliaria, tiene servicio de drenaje, luz pública y pavimentación. El control de la basura se hace quemándola.

- Hábitos higiénicos dietéticos:

Diariamente se baña en baño de regadera, el cambio de ropa es diariamente, tanto interna como externa, el lavado de manos lo hace cada que lo considera necesario, el aseo bucal es únicamente una vez al día.

La alimentación parece ser equilibrada en cuanto a cantidad y calidad ya que consume: carne, leche, huevo, fruta, verdura, leguminosas en porciones aceptables.

En cuanto al sueño y descanso, diariamente duerme 10 hrs. con un sueño aparentemente tranquilo. Se divierte cuando acude al cine o algún parque.

- La eliminación:

Vesical: Es de 5 a 6 veces al día, está es de características normales sólo en ocasiones se torna de color café. La eliminación intestinal es de 2 veces al día de características normales.

IV.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Sarampión y viruela a la edad preescolar, intervenciones quirúrgicas únicamente la cesarea que se le realizó no ha presentado ningún signo de alergia a algún medicamento, nunca le han puesto transfusiones sanguíneas, su tipo de sangre es

O Rh + tabaquismo, alcoholismo y toxicomanias negados.

V.- ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

Menarca a los 13 años con frecuencia de 28 X 8 es hipermenorreica, los tres primeros días de sangrado es dismenorreica, inicia su vida sexual activa a los 19 años tiene un sólo compañero sexual y está circuncidado, no ha tenido control de la fertilidad.

Es primigesta de 40.2 semanas de gestación acudió al control prenatal cada mes.

VI.- PADECIMIENTO ACTUAL:

Paciente primigesta con 40.2 SDG acude al servicio de urgencias ginecoobstétricas procedente del centro de salud de Tlalpanaloya por inducto conducción fallida.

Al realizarse la exploración física ginecológica se encuentran con una distocia pélvica en el estrecho inferior.

VII.- EXPLORACION FISICA:

Paciente femenino de 22 años de edad cronológica incongruente con su aspecto físico (35) años sus facies son características del puerperio, su biotipo es mesoectomorfo es alta y sobresale el eje de los pómulos, fosas nasales amplias, cuello potente, movimientos actitud y marcha normales situación socioeconomica media.

Cabeza normocefálica, con buena implantación del cabello, no hay exostosis ni endostosis, el pavellón auricular se encuentra

a nivel de la comisura palpebral, los conductos auditivos permeables con buena audición, pupilas isocóricas y se encuentra presente el reflejo fotomotor posee amplio campo visual, mucosas orales y nasales bien hidratadas, posee completas sus piezas dentales pero hay presencia de sarro. El cuello es potente y normolineo con movimientos normales, no hay adenomegalias y el pulso carotídeo es de 68X' sincronico con el radial que es de 70 X'. El torax es normolineo con campos pulmonares bien ventilados con sincronia los movimientos de plexión y amplexación. Los latidos cardiacos se presentan en una frecuencia de 70X' son ritmicos y se escuchan con buena intensidad. Las mamas son turgentes y secretantes (hay presencia de calostro); también estan presentes los tuberculos de Mongomeri y la red de Haller.

El abdomen es blando y depresible, no hay visceromegalias, movimientos peristalticos sincronicos de 3X', la hériada quirúrgica (cesárea tipo Kerr) se encuentra ligeramente hiperemica y con un poco de secreción, aun se encuentra suturada con puntos continuos separados.

Extremidades superiores e inferiores se encuentran simetricas y proporcionales con el resto del cuerpo sus movimientos son normales.

Genitales externos monte de venus tricotomizado el vello vulvo-perineal el cual forma un triángulo de base en el borde superior de la sinfisis del púbis hasta la región perineal.

Genitales internos diferidos, hay presencia de loquios hemáticos no fétidos.

VIII.- TERAPEUTICA EMPLEADA:

Al confirmar el diagnóstico de desproporción cefalopelvica mediante una clara exploración física ginecologica se procedio inmediatamente a prepararla para la cesárea (Se le practicó la cesárea tipo Kerr). Se mantuvo vena permeable con solución mixta, la farmacoterapia fue a base de antibióticos como el Pentrexil utilizado con profilaxis, también se utilizó como analgésico la dipirona en caso necesario.

Se le brindaron los cuidados generales de enfermería.

IX.- EXAMENES DE LABORATORIO:

Se le tomo una biometría hemática, grupo y Rh

<u>Cifras de la paciente</u>	<u>Cifras normales</u>
Hb. 14g/100ml.	12 a 16 g/100ml.
Hto. 45.2 %	37 a 47 %
CMGH. 35g /100ml.	32 a 36 %
Leuc. 7. 000/ul	5 a 10 mil / ul.
Segm. 18 mm.	Menos de 20 mm x hra.
Ling. 20%	20 a 40 %
Gpc. "0"	_____
Rh. Positivo	_____

Los exámenes de laboratorio fueron elaborados de urgencia, los resultados comparando las cifras de la paciente con las cifras normales no varían mucho están dentro de lo normal.

X.- DIAGNOSTICO DE ENFRMERIA:

Paciente femenino de 22 años de edad, que no coincide con la aparente, parece tener 35 años, proviene de un nivel socioeconómico medio, biotipo mesoectomorfo, es alta y sobresale el eje de los pómulos, fosas nasales amplias, cuello potente, movimientos y actitud son normales, cursando el puerperio quirúrgico inmediato.

Angustiada, orientada, presenta cloasma y acné facial, piel grasosa, mamas turgentes y secretantes, refiere dolor en la herida quirúrgica, (ligeramente hiperemico), entuertos, fondo uterino a nivel de la cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos.

PLAN DE ATENCION

Nombre: R.V.R
Edad: 22 años
Sexo: Femenino
Estado Civil: Casada
Escolaridad: Segundo semestre de la carrera de Enfermería.
Ocupación: Recepcionista
Religión: Católica
Nacionalidad: Mexicana

Dx. Médico: Puerperio Posquirúrgico (La cesárea fue por DCP).

Dx. de Enfermería:

Paciente femenino de 22 años de edad, que no coincide con la aparente parece tener 35 años, proviene de un nivel socio-económico medio, biotipo mesoectomorfo, es alta y sobresale el eje de los pómulos, fosas nasales amplias, cuello potente, movimientos y actitud normales, cursando el puerperio quirúrgico inmediato.

Angustada, orientada, presenta cloasma y acné facial, piel grasosa, mamas turgentes y secretantes, refiere dolor en la herida quirúrgica (ligeramente hiperémica), entuertos y fondo uterino a nivel de la cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos.

OBJETIVOS DEL PLAN

- 0.1 Proporcionar los cuidados posoperatorios inmediatos a la paciente de puerperio posquirúrgicos.
- 0.2 Proporcionar los cuidados inmediatos a la paciente de puerperio posquirúrgico.
- 0.3 Identificar algunos cambios anatomofisiológicos del puerperio quirúrgico inmediato y mediato.
- 0.4 Dar charlas de orientación a la paciente, sobre higiene y cuidados del puerperio, así mismo como cambios anatomofisiológicos y alimentación al seno materno.

Problema:

Puerperio Posquirúrgico inmediato.

Manifestación:

Pérdida de líquidos (sangre, líquido intersticial y orina).

Fundamento de la manifestación:

Se pueden perder grandes cantidades de agua por mecanismos como la hemorragia, pérdida de plasma en las heridas que drenan material.

El líquido intersticial se escurre hasta el área lesionada y hay salida de plasma de los capilares dañados, si se pierden grandes cantidades de plasma ocurre hemoconcentración e hipotensión.

La cantidad de agua entre los espacios esta regulada por dos fuerzas principales que son: La presión osmótica que es producida por los electrólitos y las proteínas plasmáticas y por la presión hidrostática de la sangre que depende principalmente de la fuerza con la que impulsa el corazón.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Mantener una vía permeable.

- Evaluar a la madre, para descubrir hemorragia, verificando el aposito abdominal cada 15' durante una hora, después cada 30' durante cuatro horas, y posteriormente cada 4hrs. por 24 horas.

- Vigilar los signos vitales hasta que esten estables (esto puede ser cada 5')

- Llevar el control del ingreso y el egreso de líquidos es de preverse que la madre reciba líquidos IV durante 24 a 48 hrs. a menudo se indica se mezcle oxitocina. Se le administraron sol. Harmann 1000ml. sol. mixta 1000ml. sol. glucosada 5% 1000ml. + 20 U. de oxitocina todo este cuadro para 4hrs.

FUNDAMENTO DE LAS ACCIONES:

Se mantiene permeable la vena para administración los medicamentos parenterales que estén prescritos y con ello podemos evitar alguna complicación mayor.

Los signos vitales universalmente valorados son: La presión arterial, pulso, respiración y temperatura. Como su nombre lo indica los signos vitales son de suma importancia para la vida de todo ser humano. La enfermera por lo mismo debe detectar estos parámetros con veracidad a fin de proporcionar al médico elementos de juicio para valorar adecuadamente la evolución clínica del paciente.

Aquí el principal objetivo es detectar alteraciones en el sistema cardiovascular, por la pérdida de líquidos ya que podría haber complicaciones como: Choque hipovolémico, hemoconcentración e hipotensión.

Siempre que un vaso sanguíneo se corta o se rompe intervienen diversos mecanismos que protegen al organismo de una pérdida importante de sangre.

Las necesidades agudas para que aumente la irrigación sanguínea en los tejidos son satisfechas usualmente por la división simpática del sistema nervioso central que produce vasodilatación y apertura en un gran número de capilares.

El cuadro de soluciones indicaron porque la paciente tenía requerimiento de electrolitos y aporte energético, y esto era lo ideal para mantener la terapia de líquidos en pacientes posquirúrgicos, se contraindica en caso de como diabético, se ministra de acuerdo a las necesidades del paciente.

PARAMETROS EVALUATIVOS:

La cantidad de líquidos que ingresan y egresan tienen un balance equilibrado pues no hay gran variación en los mismos, Ejemplos:

Ingresos:

Sol. Gluc. al 5%	500 ml.
Sol. Mixta	1000 ml.
Sol. Harman	<u>1000 ml.</u>
	2500 ml.

Egresos:

Pérdida insensible por los pulmones	350 ml.
Pérdida insensible por la piel	350 ml.
Sudor	100 ml.
Orina	1400 ml.
Heces	<u>200 ml.</u>
	2400 ml.

Balance positivo 100 ml.

Sus signos vitales e mantienen estables:

P/A = 110/70 P = 68X' T = 36.2 gds. R = 19X'

MANIFESTACION:

Malestar en la incisión (cesárea tipo Kerr).

FUNDAMENTOS DE LA MANIFESTACION:

El dolor se presenta por la incisiones que se llevaron a cabo sobre las terminaciones nerviosas al efectuarse la cesárea.

Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres y están ampliamente distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos como las paredes arteriales, el periostio, las superficies articulares y el endocráneo. Se encuentran distribuidos de manera difusa en otros tejidos más profundos.

Algunas regiones del organismo poseen receptores sensoriales que son principalmente, si no exclusivamente para el dolor, entre estas se encuentran incluidas las vísceras del torax, del abdomen y la pelvis, los dientes, la membrana timpánica y la córnea.

Aunque las lesiones muy localizadas no producen un dolor muy intenso, en las regiones que poseen unicamente una distribución difusa de receptores para el dolor, la estimulación generalizada de los receptores puede causar dolor intenso.

En el caso de la paciente la incisión fue en la piel del abdomen en forma transversa suprapubica, también puede hacerse en forma sobre la línea media infraumbilical. Por la separación de los músculos rectos anteriores del abdomen y los músculos piramidales, la tracción y la sección del peritoneo parietal, la manipulación de las vísceras abdominales, el peritoneo y la incisión longitudinal de la cavidad del segmento uterino provocan todo esto en conjunto el dolor en la paciente.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Administración de analgésicos.

(Dipirona IV o IM PRN.)

- No exceder la dosis. Ya que la dosis promedio es de 25-50 mg. por Kg de peso corporal en 24 hrs. fraccionados cada 6 ó cada 8 hrs.
- Cerciorarse de las contraindicaciones que tiene la administración del medicamento.
- Aplicación de calor seco en la herida quirúrgica (mediante una lámpara) cuidando que no se aplique ningún unguento y verificando el tiempo de exposición.

FUNDAMENTO DE LAS ACCIONES:

La dipirona esta indicada para el tratamiento sintomático de todo tipo de padecimientos que se acompañen de dolor, fiebre e inflamación, así como para eliminar el dolor del pre y pos operatorio, cuando se quiera prevenir el dolor de maniobras exploratorias como en ginecología.

Se ha informado que la dipirona produce anemia hemolítica, púrpura trombositopénica, anemia aplásica, erupciones cutáneas, edema, temblores, náuseas, vómito y hemorragia gastrointestinal, hipotensión, etc.

Antes de administrar este medicamento, se deberá investigar el estado del aparato digestivo, hígado y riñón. En tratamientos prolongados deberán efectuarse constantes biometrías hemáticas. No administrarse durante el embarazo, lactancia ni por períodos prolongados.

El calor se aplica en el organismo humano para elevar la temperatura corporal, en casos de choque hipovolémico posoperatorio, pero también lo podemos aplicar mediante una lámpara, radiador y cojín para disminuir el dolor.

El calor dilata los cuerpos, en el organismo produce vasodi-

latación en la zona de aplicación disminuye la velocidad de la sangre y aumenta la circulación linfática de la región.

La duración de la exposición a temperatura extrema afecta los tejidos produciendo quemadura.

El dolor cede en los procesos inflamatorios con la aplicación del calor, porque este aumenta la circulación sanguínea y favorece la absorción de líquidos y nutrientes (proteínas) en la zona lesionada.

La aplicación directa del calor eleva la temperatura tisular y favorece el fenómeno inflamatorio, ya que causa vasodilatación e incrementa la circulación local, lo que a su vez fomenta la leucocitosis, supuración, drenaje y cicatrización. El calor también eleva el metabolismo tisular disminuye el dolor causado por espasmo muscular y reduce la congestión de vísceras profundas.

El calor directo se debe aplicar con precaución sobre regiones sensibles al calor como tejido cicatrizal y estrumas.

El tratamiento debe proporcionarse durante los cambios de apósito y el descubrimiento de la herida.

La aplicación es con una lámpara calórica de 25 a 100 watts.

PARAMETROS EVALUATIVOS:

El dolor ha cedido y se ha hecho por lo menos tolerable es lo que refiere la paciente.

La exposición al calor ha sido muy esporádica, ya que la carencia de lámparas de chicote en el servicio es muy notable.

MANIFESTACION:

Emocionalmente la paciente presenta cierta angustia.

FUNDAMENTO DE LA MANIFESTACION:

La emoción es una experiencia psicológica básica común del hombre; tiene una gran variedad de efectos, tanto constructivos como no constructivos, sobre el equilibrio psicológico.

La emoción se muestra o se refleja en estados subjetivos de sentimientos, en comportamiento generado a partir de emociones y cambios adaptativos. Las emociones están relacionadas con acontecimientos diarios. Ciertas situaciones tienden a evocar determinados sentimientos y generalmente se buscan o se evitan, dependiendo totalmente del estado físico y psicológico. La angustia es una experiencia emocional incomoda es un tipo de miedo a algo desconocido.

En este caso estaba angustiada porque aún no conocía a su bebé y lógicamente temía por su estado de salud.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Brindar apoyo emocional a la paciente, escuchándola y tratar de disipar sus dudas y temores.
- Tan pronto como sea posible, permitirle a la madre ver, tocar y sostener a su bebé; ya sea en el cuarto de expulsión o después de que se recupere del anestésico.
- Durante el tiempo de estancia en el hospital darle charlas ya sea individual o en grupo sobre temas que fomenten el buen funcionamiento del binomio madre-hijo.

FUNDAMENTOS DE LAS ACCIONES:

El contacto con el neonato fomenta la formación de vínculos.

La función de la enfermera se puede ampliar para enseñar a los padres habilidades específicas de comunicación que fomentan el bienestar familiar. Sea este o no el primer hijo, el aprendizaje de éstas habilidades reforzará las relaciones familiares. Además éstas beneficiarán directamente las relaciones enfermera y paciente.

PARAMETROS EVALUATIVOS:

La paciente ha disipado su estado de angustia, manifiesta una gran emoción de alegría al conocer a su primer bebé.

Se mostró muy interesada en las orientaciones que se le dieron.

MANIFESTACION:

Dolor abdominal. (entuetos)

FUNDAMENTO DE LA MANIFESTACION:

Estos son producidos por las contracciones uterinas intermitentes.

Este dolor que la paciente refiere, es debido a la involución uterina, que se inicia después de el nacimiento del bebé y se completa alrededor de la sexta semana del puerperio, este da como resultado la disminución de las células miometriales.

Como el útero y sus ligamentos de sostén son por lo regular

hipersensibles después del parto el dolor es la complicación más frecuente.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Ministración de analgésicos (Bipasmin grageas)
- No exceder la dosis (1 gragea cada 6hrs. VO)
- Verificar cuales son las contraindicaciones para la administración de medicamento.

FUNDAMENTOS DE LAS ACCIONES:

El bipasmin se recomienda en todos los casos en que el diagnóstico diferencial entre el dolor visceral y el somático es impreciso, o cuando ambos se superponen. Bipasmin compuesto proporciona espasmólisis directa y analgésica inmediata, esta dotado de viscerotropismo específico que produce el efecto espasmolítico intenso y sostenido, normalizando el miotono y la motilidad visceral.

Este ejerce gran efecto analgésico sobre las áreas afectadas y zonas reflejas, bloqueando efectivamente el ciclo del espasmo visceral y dolor somático.

En obstetricia su efectividad ha sido comprobada también en los dolores espásticos del puerperio con excelentes resultados.

Contraindicaciones en glaucoma, hipertrofia prostática, úlcera gastroduodenal activa, insuficiencia hepática o renal grave, no administrarse durante el embarazo o lactancia.

Las reacciones adversas son: somnolencia, gastritis o rash cutáneo.

PARAMETROS EVALUATIVOS:

Disminuyó en la paciente considerablemente el dolor. La involución uterina se encuentra a nivel de la cicatriz umbilical.

MANIFESTACION:

Desagüe uterino (loquios hemáticos no fétidos en cantidad escasa)

FUNDAMENTO CIENTIFICO DE LA MANIFESTACION:

Los loquios se deben a la involución uterina y a la regeneración completa del endometrio que es alrededor de la tercera semana del puerperio. Pero la regeneración del sitio placentario no se completa hasta la quinta o sexta semana.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Vigilar las características de los loquios.
- Estimular la deambulación temprana.
- Fomentar en la paciente ambulatoria los autocuidados perineales (higiene, cambio frecuente de toalla sanitaria y adecuado uso del papel sanitario).
- En este caso que es de cesárea, antes de la deambulación colocar el vendaje abdominal.
- Estimular el baño diario.

FUNDAMENTO DE LAS ACCIONES:

Los loquios se deben valorar en cuanto a cantidad, color-

olor y presencia de coágulos. Durante el primero de los tres días posteriores al parto o la cesárea, los loquios deben ser rojo oscuro semejante al flujo menstrual, son normales unos cuantos coágulos pequeños y se producen como resultado de la acumulación de sangre en la vagina, sin embargo es anormal la presencia de numerosos coágulos o grandes, si esto ocurre deberá investigarse de inmediato la causa, después de dos o tres días los loquios se ven de color más sonrosado o seroso.

La aparición de coágulos y de hemorragia intensa puede ser causa de atonía uterina o por retención de fragmentos placentarios.

A causa de la manipulación de la cavidad uterina, durante la operación cesárea, las mujeres sometidas a la misma tienen menos loquios después de las primeras 24 hrs., que las madres que dan a luz por vía vaginal, por lo tanto la cantidad de loquios que sería normal para una mujer que dio a luz por vía vaginal será sospechosa en la mujer que ha sido sometida a cesárea.

El olor de los loquios no es desagradable, y nunca fétido.

Si se percibe fetidez se sospecha en infección.

El cambio frecuente de toalla sanitaria debe realizarse ya que la humedad favorece la proliferación de microorganismos.

Tan pronto como la paciente este en condiciones de darse un baño de regadera debe hacerlo con el fin de eliminar muchas secreciones corporales como son: el sudor y los loquios cuyo olor es suigeneris, el baño debe tomarse cuando la paciente ya haya descansado, después de la cesárea o del parto; ya que esto favorece el descanso y la buena circulación.

Estimular el ejercicio y la deambulación no significa el

retorno a las actividades normales o al trabajo. La deambulación temprana da una ayuda psicológica y una sensación de bienestar, apresura la involución uterina, favorece el desagüe del útero (debido a la fuerza de gravedad), puede reducir la frecuencia de flebotrombosis y tromboflebitis al prever una mejor circulación sanguínea, en la pelvis y las extremidades inferiores, y con ello también se evita la distensión abdominal con esto la dehiscencia de la herida quirúrgica.

El vendaje se recomienda los 10 primeros días posteriores a la intervención quirúrgica, porque los músculos abdominales se atrofian por falta de movimiento y éstos pierden su turgencia.

PARAMETROS EVALUATIVOS:

El baño, la deambulación, el vendaje y el cambio frecuente de toalla sanitaria han propiciado un estado de confort en la paciente.

PROBLEMA:

Puerperio posquirúrgico mediato.

MANIFESTACION:

Ligera secreción purulenta en la herida quirúrgica (la herida se encuentra un poco hiperémica).

FUNDAMENTOS DE LA MANIFESTACION:

Una infección es un proceso en el cual un agente patógeno se penetra en el organismo, crece y se multiplica dentro de él. Puede o no haber manifestaciones clínicas aparentes.

Los signos y síntomas que indican infección incluyen los que se asocian con la inflamación. Los dos principales objetivos de la respuesta inflamatoria son:

A: Destrucción, neutralización o limitación del efecto de los agentes nocivos.

B: Proporcionar ayuda para que se realice la reparación tisular.

Esencialmente la respuesta inflamatoria consiste en: cambios vasculares localizados, la formación de exudado inflamatorio y funciones especializadas de los glóbulos blancos, de los histiocitos y de células reticulares.

A: La células lesionadas liberan histamina, la cual despierta inmediatamente la respuesta del organismo contra la agresión. Más tarde unas sustancias químicas que se encuentran en la sangre, las cininas, prolongan la respuesta.

B: Después de una vasoconstricción momentánea, la vasodilatación aumenta el flujo sanguíneo de los tejidos lesionados.

C: La permeabilidad capilar en el área de la lesión aumenta permitiendo el paso del plasma con fibrinógeno hacia afuera del vaso y dentro de los tejidos.

- La salida del líquido provoca la formación de un edema extracelular localizado.
- En la mayoría de los casos el líquido tisular se coagula debido al fibrinógeno y a los exudados

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

tisulares. La fibrina ayuda a aislar el área lesionada y a retardar la diseminación del agente invasor.

Los signos y síntomas de la respuesta inflamatoria del organismo hacia la lesión son:

- La salida del líquido provoca la formación de un edema extracelular localizado.
- En la mayoría de los casos el líquido tisular se coagula debido al fibrinógeno y a los exudados tisulares. La fibrina ayuda a aislar el área lesionada y a retardar la diseminación del agente invasor.

Los signos y síntomas de la respuesta inflamatoria del organismo hacia la lesión son:

- Signos y síntomas locales (Rubor, calor edema, dolor y pérdida de la función).
- Crecimiento y aumento de la sensibilidad de los nódulos linfáticos.
- Vasos linfáticos enrojecidos e inflamados que se observan como líneas rojas sobre la piel.
- Presencia de exudados.
- Lesiones en la piel o en las mucosas.
- Los signos y síntomas sistémicos son: (Lasitud, malestar, debilidad, anorexia, náuseas, vómito y cefalalgia).
- También hay leucocitosis.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Brindar los cuidados de enfermería a la herida quirúrgica.
 - + Mantenerla limpia y seca.
 - + Realizar la curación.
 - + Cambiar frecuentemente el apósito.

- Ministrar antibiótico como profilaxis (P.S.C.)
 - + No excederse de la dosis. Administrar de 1 a 2 millones de U. por IV o IM divididas en tres dosis, mínimo durante seis días.
 - + Vigilar cualquier signo de alguna reacción alérgica a la penicilina.

- Brindar una dieta apropiada (Hiperprotéica más abundantes líquidos).

- Aplicación de vendaje abdominal si la paciente lo requiere.

FUNDAMENTOS DE LAS ACCIONES:

Recibe el nombre de la herida a la pérdida de la continuidad anatómica de cualquier tejido o estructura orgánica interna o externa.

Es responsabilidad de la enfermera colaborar y realizar la curación de las heridas para evitar complicaciones a la paciente, ya que una herida es puerta de entrada de microorganismos al cuerpo humano. Nuestro principal objetivo es eliminar los productos de deshecho del proceso supurativo y microorganismos, al igual que favorecer los mecanismos de cicatrización y curación.

El antibiótico de elección lógicamente fue la Penicilina Sódica Cristalina (solución inyectable). Esta se recomienda contra

infecciones causadas por microorganismos susceptibles a la penicilina.

Puede el paciente presentar reacciones alérgicas a la penicilina y éstas pueden ir desde un rash cutáneo hasta un estado de choque anafiláctico.

La dieta hiperproteica más abundantes líquidos es para que la regeneración del tejido sea más rápida. Las proteínas brindan los aminoácidos (nitrógeno) que se requieren para el crecimiento y conservación de los tejidos y para otras funciones fisiológicas, contribuyen además al metabolismo energético global del cuerpo. En ausencia de la fuente energética preferida los carbohidratos quedan a disposición del cuerpo en un 58% de las proteínas dietéticas totales en forma de glucosa, que se oxida como tal para producir energía.

Una fuente importante de proteínas es la leche entera, descremada y todos los derivados de la misma, carne de todo tipo, huevo, leguminosas y algunas frutas secas.

Se pueden combinar cantidades pequeñas de proteínas animales íntegras, con proteínas vegetales para contar con un abastecimiento excelente de proteínas.

El vendaje se recomienda los primeros diez días posteriores a la cirugía, porque de lo contrario los músculos abdominales se atrofian por falta de movimiento y éstos perderían su turgencia.

PARAMETROS EVALUATIVOS:

La presencia de algunos signos de infección en la herida no pasaron a ser ninguna complicación importante para la evolución de la misma.

De hecho el estado nutricional de la paciente se encuentra en óptimas condiciones, aceptó muy bien la vía oral y se le retiraron soluciones parenterales.

El vendaje abdominal unicamente lo utilizó para deambular ya que ella sentía mayor seguridad.

MANIFESTACION:

Mamas turgentes y secretantes (presencia de calostro).

FUNDAMENTO DE LA MANIFESTACION:

Los cambios en las mamas se deben a que inmediatamente después del parto, los cambios hormonales son abruptos, las cantidades tan elevadas de gonadotropina coriónica descienden a los normales en una semana, así como también las cantidades de estrógenos y progesterona y con ello hay un aumento considerable de hormona prolactina durante la primera semana, especialmente cuando el bebé estimula los pesones para la salida de leche.

Los valores normales del gonadotropinas coriónicas en la orina son:

Durante el ciclo menstrual con un máximo a su mitad de 12 a 48 Unidades ratón (orina de 24hrs.). En el embarazo aumenta considerablemente dependiendo de la evolución del mismo. Puede aumentar hasta 125,000 y 300,000 Unidades. En una actividad placentaria normal.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Enseñarle el autocuidado de los pechos (aseo, autoexamen de las mamas).
- Fomentar las relaciones del binomio madre e hijo.
- Explicarle la importancia y las ventajas que tiene la alimentación al seno materno.

FUNDAMENTOS DE LAS ACCIONES:

La alimentación al pecho tiene muchas ventajas tanto para la madre como para el lactante. Como la succión estimula la liberación de oxitocina y esto produce involución uterina con mayor rapidez.

La alimentación al pecho puede contribuir al aumento de la cercanía psicológica entre madre e hijo. Es cómoda y económica, porque no se requiere ni el gasto ni la preparación de fórmulas de manera sistemática; además el amamantamiento ofrece cierta protección de anticuerpos al lactante.

Los principios relacionados con el amamantamiento consisten en:

- Brindar una nutrición suficiente
- Establecer un abastecimiento suficiente de leche.
- Prevenir el traumatismo de los pezones.

El neonato que va a ser amamantado debe colocarse al pecho tan pronto como sea posible según su situación con respecto al nacimiento.

El calostro tiene nutrientes suficientes para satisfacer al lactante hasta que se haya establecido la secreción de leche madura, esto es en un plazo de 2 a 4 días.

El establecimiento de la lactancia depende la fuerza de succión del lactante y de la frecuencia del amamantamiento.

Ciertas características de los fármacos influyen para que pasen o no a la leche materna, entre ellas su grado de fijación en proteínas. Por lo general los fármacos están libres y pasan a la leche materna.

Los tiraleches puede utilizarse para estimular y conservar la producción de leche mientras la madre y el neonato están separados.

Los ejercicios para fortalecer los músculos del pecho es para que éstos no pierdan su turgencia por falta de movimiento ya que éste tiene su importancia en el aspecto estético.

PARAMETROS EVALUATIVOS:

La paciente se vio impedida para darle pecho a su bebé durante los días que estuvo tomando los medicamentos (biopasmin; y la PCS.). Utilizó el tiraleches para seguir estimulando la secreción láctea y evitar los abscesos.

MANIFESTACION:

Pérdida de peso corporal

FUNDAMENTO DE LA MANIFESTACION:

Primeramente se pierde peso en forma brusca después del parto debido a la expulsión del producto y sus anexos, por la diaforesis y la diuresis considerablemente aumentadas y posterior a esto se pierde peso en forma gradual durante el puerperio, aquí si incluyen varios factores para que se pierda peso que se aumento en el embarazo, y los factores que influyen son: Sí la madre está o no amamantando a su bebé

la alimentación de la madre y el tipo de ejercicio que este acostumbrada a realizar.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Orientar a la paciente para que lleve una dieta equilibrada.
- Fomentar el ejercicio para que recupere su peso ideal.

FUNDAMENTO DE LAS ACCIONES:

En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales que provean lo necesario para:

- A: La construcción, conservación y reparación de los tejidos corporales.
- B: La síntesis de sustancias necesarias para la regulación de los procesos del organismo (por ejemplo: enzimas y hormonas).
- C: La síntesis de sustancias necesarias para el correcto funcionamiento del organismo (por ejemplo: hemoglobina y anticuerpos).
- D: La producción de energía.

El estado nutricional de una persona se determina según lo adecuados que sean para sus necesidades los nutrientes que ingiere, absorbe y utiliza.

El estado nutricional óptimo se logra cuando se suministran y utilizan los nutrientes esenciales para mantener el estado de salud.

En el embarazo y lactancia aumentan en un 20% la necesidad de un mayor aporte de nutrientes.

El ejercicio se fomenta para que haya una buena condición

física y mental, este refuerza el tono muscular, y mantiene al organismo en el peso ideal.

PARAMETROS EVALUATIVOS:

La paciente subió aproximadamente 11 Kgs durante su embarazo, su bebé peso 3.300 Kgs aproximadamente, ella esta consciente de los kilogramos que tiene que reducir.

Problema:

Clase Social "Media" (proletaria)

Manifestaciones:

- Deficiencia de hábitos higiénicos-dietéticos
- Falta de recreación
- Ignorancia de aspectos básicos para preservar la salud.
- Falta de servicios públicos (agua potable, drenaje, alumbrado, recolección de basura, etc.)
- Falta de dinero
- Falta de servicios Médicos
- Falta de servicios educativos
- Falta de educación sexual

FUNDAMENTO CIENTIFICO:

La sociedad o la cultura en la cual un individuo crece y se desarrolla, ayuda a determinar la forma de satisfacer sus necesidades y la dirección que tomaran algunas de ellas.

Algunas de las características de esta "cultura" son la falta de participación en las instituciones culturales y sociales de la sociedad mayor, la escasez crónica del efectivo y la ausencia de ahorros; los bajos niveles educativos, la desconfianza del gobierno, el temor a la policía, la experiencia temprana con el sexo, el matrimonio consensual, la alta incidencia de hijos naturales; son éstos los rasgos que caracterizan a este sector.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Brindarles charlas educativas a la paciente utilizando un lenguaje que ella pueda comprender.
- Realizar acciones enfocadas al primer nivel de atención.
- Orientarla para que pueda gozar un poco de recreación para quitar un poco de la monotonía. (lectura de libros, programas educativos, fomentar el deporte, cursos de verano, etc.) que las actividades esten de acuerdo al poder adquisitivo de la paciente.
- Fomentar las relaciones interpersonales.

FUNDAMENTO DE LAS ACCIONES:

Todas las acciones de enfermería en conjunto están encaminadas, a mejorar un poco, la situación que vive la clase social proletaria, ya que posee graves problemas, de desnutrición, insalubridad, ignorancia, comunicación, etc.

Aunque es difícil de resolver esta problemática, la clase está en la escasez de remesas económicas y acceso a un mejor nivel de vida.

PARAMETROS EVALUATIVOS:

Para poder saber si la paciente ha mejorado su aspecto sociocultural y económico, es difícil precisarlo durante el tiempo de estancia en el hospital.

C O N C L U S I O N

Por el trabajo realizado me di perfectamente cuenta de que el problema de las distocias pélvicas es cada vez más frecuente y lógicamente el índice de cesáreas aumenta. Con ello se hace de gran trascendencia en el campo de la obstetricia que el obstetra o bien el ginecologo sepan valorar adecuadamente la pelvis de la mujer gestante.

Además es de suma importancia apoyar el primer nivel de prevención, y que la promoción a la salud en el aspecto de control prenatal tenga el éxito deseado. Ya que en la experiencia vivida en las áreas de ginecoobstetricia principalmente en admisión muestra que muchas mujeres embarazadas llegan ya en período expulsivo sin antes nunca haber acudido al médico para algún tipo de valoración.

Por otra parte creo que el tratamiento que el servicio les brinda suele ser deficiente, porque en varias ocasiones se diagnóstico tardíamente que era una distocia pélvica cuando habían transcurrido muchas horas del trabajo de parto, es ahí donde radica la importancia de la perfecta valoración de la pelvis en la exploración obstétrica.

En ocasiones ocurre que al no haber encajamiento del producto valorando de acuerdo al tiempo transcurrido del trabajo de parto se diagnostica demasiado tarde y se decide indiscriminadamente una utilización de forceps o bien una cesárea de urgencia.

Creo que el papel de la enfermera obstétrica es fundamental, no solo en la valoración pélvica en una área hospitalaria, sino también para la orientación que se les debe dar a las mujeres en período de gestación fomentando el aspecto de la valoración prenatal.

Y pienso que somos nosotros las enfermeras obstétricas las que debemos dar el apoyo al primer nivel, y aunque se pueda prestar a confusión es mejor decir que a la paciente se le practicó una cesárea mal hecha y no una utilización de forceps.

GLOSARIO DE TERMINOS

- Bífida : Anormalidad de uno o varios arcos (vertebrales) consiste en la falta de fusión durante el desarrollo embrionario.
- Biotomía : Ciencia que analiza las formas en que se presenta la vida.
- Cesárea : Extracción del feto y la placenta mediante inscisión en el abdomen y la pared uterina.
- Dismenorrea : Se refiere al dolor durante la menstruación para lo cual no hay bases orgánicas evidentes.
- Distocia : Parto difícil sea cual fuere el origen de su naturaleza y de su dificultad.
- Escoliosis : Curvatura anormal; existe una desviación lateral de la columna vertebral. Puede ser congénita por la ausencia de la mitad lateral

de una vertebra, o adquirida como consecuencia de una ciática grave o persistente.

- Esfinter : Anillo de fibras musculares que se contrae cuando el órgano está vacío.
- Estenosis anorrectal : Contractura resultado de un desarrollo congénito anormal, traumatismo o infección. Es un problema común de la mujer; puede causar dificultad para la evacuación intestinal.
- Eumenorrea : Se refiere al ciclo menstrual normal.
- Fétido : Adj. Malholiente.
- Flebitis: : Inflamación de una vena.
- Hidrocefalia : Trastorno en el cual se acumula líquido cerebrospinal (Cefalorraquídeo) en el cráneo, lo que origina que la fontanela anterior permanezca abierta.

- Hipoxia : Dismutación en el aporte de oxígeno a las células.
- Involución : Reacomodo del utero después del parto, se da como resultado de la disminución del tamaño individual de las células miométriales.
- Loquios : Líquido que se expulsa de la matriz durante las primeras semanas después del parto.
- Menarquía : Primera menstruación. Su aparición constituye una evidencia importante del desarrollo correcto del ritmo y capacidad de producción hormonal.
- Meconio : Material fecal primera expulsión del producto al nacimiento.
- Neoplasia : Cualquier formación o proliferación anormal de células por lo general un tumor maligno.
- Osificación : También conocido como osteogénesis, es el proceso por el cual se forma el hueso.

- Ostiomalasia : Se denomina a la desmineralización que es consecuencia de la hipovitaminosis B; una vez que se presenta dicho fenómeno, el peso del cuerpo produce un arqueamiento de los huesos de la extremidad inferior, acortamiento de la columna vertebral y aplanamiento de los huesos pélvicos.
- Pelvimetría : Es la medida de las aberturas pélvicas, y reviste gran importancia, dado que el niño debe atravesar el orificio más estrecho de la pelvis durante el parto.
- Post-quirúrgico : Después de haberse practicado una cirugía.
- Prolapso : Protrusión de un órgano.
- Pubarquía : Primera aparición de vello axilar y pubiano.
- Puerperio : Es el período de recuperación después del parto, en el cual debe

regresar el organismo materno a su estado normal anterior al embarazo.

Sagital : Línea plana imaginaria paralela a la línea media sagital que atraviesa el cuerpo humano.

Telarquia : Desarrollo de genitales y glándulas mamarias.

Tromboflebitis : Inflamación de la pared de una vena con formación de un coágulo (Trombo).

SIGLAS MAS UTILIZADAS

- DCP = Desproporción Cefalopélvica.
- Dx. = Diagnóstico.
- FUM = Fecha de la última menstruación.
- FPP = Fecha probable de parto.
- FU = Fondo uterino
- FCF = Frecuencia cardiaca fetal.
- IM = Intramuscular.
- IV = Intravenoso.
- PSC = Penicilina Sódica Cristalina.
- PRN = Por razón necesaria.
- SV = Signos vitales.
- Tx. = Tratamiento.
- VO = Vía oral.

- 1.- Abreu Luis Martín
FUNDAMENTOS DEL DIAGNOSTICO
4 Edición
Editorial Cervantes
México, D. F. 1980 Pp. 787

- 2.- Añorve López Raquel
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESENCIALES DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA
1er. Edición
ENEO-UNAM
México, D. F. 1984 Pp. 181

- 3.- Armstrong Khataline
MANUAL DE ENFERMERIA
1er. Edición
Ed. Continental
México, D. F. 1976 Pp. 473

- 4.- Benson C. Ralph
MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
5ta. Edición
Ed. El Manual Moderno
México, D. F. 1982 Pp. 1324

- 5.- Hamilton H. K.

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Ed. Interamericana

México, D. F. 1986 Pp. 906

- 6.- Krupp A. Marcus y Chatton J. Milton

DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO

17ta. Edición

Ed. El Manual Moderno

México, D. F. 1982 Pp. 1323

- 7.- Mondragón C. Héctor

OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA

3ra. Edición

Ed. Trillas

México, D. F. 1986 Pp. 685

- 8.- Nanda Serena

ANTROPOLOGIA CULTURAL

Ed. Wadsworth Internacional Iberoamericana

México, D. F. 1980 Pp. 363

- 9.- Olds B. Sally & London L. Marcia

ENFERMERIA MATERNIIINFANTIL

Ed. Interamericana

México, D. F. 1989 Pp. 1983

- 10.- Rosenstein Emilio

DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

33 Edición

Ed. PLM

México, D. F. 1987 Pp. 1168

- 11.- Rohweder W. Anne & Nordmarck T. Madelyn

BASES CIENTIFICAS DE LA ENFERMERIA

2da. Edición

Ed. Prensa Médica

México, D. F. 1981 Pp. 712

- 12.- Salvat Manuel

EL NACIMIENTO DE UN NIÑO

Ed. Salvat

México, D. F. 1980 Pp. 192

- 13.- Tortora J. Gerard, Anagnostakos P. Nicholas

PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA

3er Edición

Ed. Harla

México, D. F. 1984 Pp. 1034